FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — THÈSE — N° 206

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 Mars 1906, à 1 heure

PAR

Louis BOLOT

CONSIDÉRATIONS

SUR

Le Massage Abdominal

DANS

LES AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF

Président : M. DEBOVE, *professeur*

Juges { MM. JOFFROY, *professeur*
HUTINEL, *professeur*
ACHARD, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM / DIEULAFOY. / DEBOVE / LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. / TERRIER. / BERGER. / RECLUS.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. / PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat.)
BROCA (André	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-ONCLE

CLAUDE-ANTOINE BOLOT

Procureur au bailliage de Vesoul
Député à la Convention.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Membre de l'Académie de Médecine
Doyen de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Beaujon
Commandeur de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A LA MÉMOIRE DE DESAULT

MON CÉLÈBRE COMPATRIOTE

« *Portes du temple de Mémoire,*
« *Ouvrez-vous, il l'a mérité,*
« *Il vécut assez pour sa Gloire,*
« *Et trop peu pour l'humanité.* » (1)

---

1. Inscription du piédestal de la statue de Desault à Lure (Haute Saône).

CONSIDÉRATIONS

SUR

LE MASSAGE ABDOMINAL

DANS

les Affections du Tube digestif

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, nous avons un devoir qu'il nous est particulièrement doux de remplir, celui d'adresser nos remerciements à nos maîtres dans les hôpitaux qui, pendant nos études, nous ont prodigué leurs savants conseils et accordé leur bienveillant appui.

Nous voudrions qu'ils vissent dans ces quelques lignes autre chose qu'une banale formule, mais l'expression de notre profonde gratitude et de notre entière reconnaissance.

C'est tout d'abord à M. le Professeur Debove, doyen de la Faculté de médecine, que vont nos plus

vifs remerciements pour l'honneur qu'il nous fait de vouloir bien présider notre thèse. Nous nous rappellerons toujours, avec ce souvenir où l'on sait mettre et son entière gratitude et son profond respect pour les maîtres d'hier auxquels on songe toujours avec émotion et admiration, que c'est sous son décanat que nous avons fait nos études médicales.

Nous n'oublierons jamais avec quelle cordialité, avec quelle affectueuse bienveillance, nous avons été reçu par M. le Professeur Budin dans son service d'accouchement. L'empreinte particulière et si forte dont il a marqué notre éducation obstétricale, nous restera toujours.

Nous tenons à adresser tout spécialement l'expression de notre plus vive reconnaissance à M. le professeur Terrier. C'est à lui que nous sommes redevable de notre éducation chirurgicale. Qu'il reçoive tous nos remerciements.

Nous sommes heureux de pouvoir exprimer à M. le Dr Demelin, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, toute la profonde gratitude que nous avons pour lui, pour l'enseignement qu'il nous a donné à la Clinique Tarnier. Et nous avons à cœur de rappeler ici toute la sympathie qu'il nous a toujours témoignée au cours de nos études.

Nous n'oublierons pas la large part de reconnaissance que nous devons à M. le Dr Gosset, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, pour son enseignement et la façon vraiement cordiale dont il nous a toujours accueilli.

Le souvenir des magistrales leçons cliniques de notre maître, M. le Professeur Kirmisson, et de ses interrogations aux lits des malades, si utiles et si nécessaires pour nous, restera toujours gravé dans notre esprit. Nous lui en adressons l'expression de notre plus cordiale et affectueuse reconnaissance.

Nous ne devons pas non plus oublier nos maîtres de l'Ecole de médecine de Grenoble, auxquels nous sommes redevables de notre éducation médicale.

Que MM. les Drs Porte, Cibert, Allard, Gauthier, Berlioz, Termier, Salva, Lépine reçoivent ici l'expression de tous nos remerciements et de notre affectueuse gratitude.

Nous n'oublierons pas non plus que c'est à M. le Dr Bordier, directeur de l'Ecole de Médecine, professeur honoraire à l'Ecole d'Anthropologie de Paris, que nous devons notre initiation dans cette branche si proche de la médecine et si captivante, l'anthropologie. Nous tenons à rappeler, avec quelle paternelle bienveillance, il nous a accueilli à Grenoble et dirigé pendant plusieurs années et nous ne pouvons à ce souvenir éloigné de notre jeunesse que lui rappeler ce mot qu'il nous citait un jour : « *Oblivisci aliorum, meminisce beneficiorum.* »

PRÉFACE

Depuis quelques années déjà, à la suite d'un courant venu de Suisse et d'Allemagne, à la suite surtout des visites si utiles que font nos éminents maîtres et quelques-uns d'entre nous dans les universités étrangères, on s'est adonné en France à l'étude du massage.

Depuis longtemps déjà, il est convenu de masser un certain nombre d'affections chirurgicales, massages qu'à tort le médecin confie souvent à des mains mercenaires peu expérimentées et n'ayant pas, à coup sûr, les notions scientifiques nécessaires et suffisantes pour arriver à un bon résultat. Masser paraissait, sinon déchoir, tout au moins être un peu incompatible avec la dignité de notre art.

Mais le domaine du massage s'est considérablement agrandi et, actuellement, il n'est personne qui ne connaisse, de nom au moins, et le massage abdominal et les différentes sortes de massages orthopédiques possédant de si nombreuses ressources, des moyens si multiples et donnant dans les services où ils sont employés des résultats absolument favorables et même parfois inespérés.

Mais, de cet engouement même pour le massage est sorti également de graves conséquences : devant les résultats obtenus, beaucoup ont voulu masser sans connaissances suffisantes, plus encore ont laissé cette pratique aux mains des masseurs habituels d'autrefois.

Nous voudrions essayer dans cette préface de poser un point qui trouvera sa preuve dans la suite du développement de notre sujet :

C'est, qu'on ne s'improvise pas masseur, que cela demande une longue étude, un doigté particulier, qu'il faut apprendre à masser et qu'il faut en outre une connaissance approfondie de l'anatomie et de la pathologie : choses qui ne peuvent être que l'apanage du médecin.

Comme nous en donnerons l'explication, un massage abdominal est un palper continuel. Il faut que la main soit toujours en contact avec les viscères sur lesquels elle se livre à une manipulation massothérapique, et il faut qu'elle sente à tout moment non seulement la partie de ce viscère qu'elle masse, mais qu'elle sente également et sache apprécier (comme c'en est le cas dans un massage du côlon par exemple), les changements de tonicité et de forme que prend la tunique musculaire intestinale, les contractions péristaltiques qu'elle éprouve.

Cela, certes, ne peut être que du ressort de l'homme de l'art et nous ne pouvons trouver mieux que de citer ces quelques mots du Dr de Frumerie (1) :

1. De Frumerie. *Le massage abdominal.*

« Il faut rehausser le traitement manuel au niveau des autres branches de la science médicale afin que le masseur de l'avenir soit un médecin qui ait appris à masser. Entre ses mains seules le massage pourra rendre de vrais services » et, ajouterons-nous, ne pas devenir une arme dangereuse.

Le développement de notre sujet permettra d'apprécier toutes les finesses que le spécialiste seul peut connaître et apporter en tout massage. On ne massera pas une spasmodique comme une atonique et à quelques jours de distance le massage demandera même un changement pour le même malade (chez les hystéro-neurasthéniques par exemple) ; de superficiel on le fera profond, de calmant il aura besoin d'être excitant ou tonifiant.

Ce n'est pas sans raison que nous insistons ainsi sur ce point. Comme le dit Bourcart (2) : « Ce que je n'ai jamais compris, c'est qu'on livre la cavité abdominale de ses clients ou clientes à un masseur ou à une masseuse, dont l'ignorance est capable des plus grands malheurs, alors qu'on ne leur permettrait même pas d'arracher une dent ou d'ouvrir un pauvre petit abcès superficiel. On ne laisserait pas conduire son cheval ou son automobile par le premier bouvier venu et on livre le ventre de sa femme à la masseuse, ancienne doucheuse ou infirmière. »

Dans une première partie de notre travail, nous examinerons les indications du massage, l'anatomie

---

1. Bourcart et Cautru. *Le Ventre.*

topographique et pathologique du ventre dans les cas relevant de ce traitement. Nous aborderons ensuite la technique et l'explication des manipulations massothérapiques que nous employons d'habitude et qui seront mieux comprises par les gravures intercalées dans le texte. Dans une dernière partie nous envisagerons les effets physiologiques du massage dans les affections du tube digestif en général, et nous nous arrêterons plus spécialement sur son emploi dans la neurasthénie et l'entéroptose, la constipation chronique, la dilatation de l'estomac, terminant par la publication de quelques observations originales ou empruntées à la thèse du Dr Cautru.

Nous nous attacherons au cours de notre travail, plus spécialement, au massage du côlon et du paquet intestinal dans les cas de constipation et dans l'entéroptose, essayant d'analyser les désordres produits par la destruction de l'équilibre intra-abdominal et d'en déterminer le traitement. Le massage de l'estomac et celui du rein magistralement décrits par le Dr Cautru d'une part, le Dr Bourcart d'autre part, sont restés sans retouche : nous passerons donc très rapidement sur leur étude, ne pouvant mieux faire que de nous reporter à ces livres.

HISTORIQUE

Bien qu'employé d'une façon scientifique depuis un temps relativement récent, le massage abdominal était connu dès la plus haute antiquité. On lit dans le livre d'Estradère (1) qu'un médecin grec, Praxagoras, je crois, employa des manœuvres de pétrissage pour mobiliser, dans le sens physiologique, des masses stercorales obstruant l'intestin. Il nous a été rapporté par un de nos amis, que dans le Haut Congo, les indigènes, ces primitifs de notre époque, soignent la constipation opiniâtre par l'absorption d'huile et une sorte de brassage de tout le paquet intestinal, environ deux heures après.

Mais jusqu'au XIX^e^ siècle, l'intervention manuelle s'était toujours bornée à une action mécanique. A cette époque, on commença à pratiquer en Suède *le massage abdominal scientifique* mais non tel que nous le connaissons, avec toutes les finesses et la délicatesse que l'Ecole française y a apportées. Metzger, Branting n'avaient pas, comme le fait remarquer

---

1. J. Estradère. *Du massage.*

M. de Frumerie (1), « la façon délicate introduite par l'élégance française ». Cette époque se caractérise par la recherche et l'explication physiologiques des résultats obtenus par le massage.

Alors qu'il florissait en Suède, il était encore à peu près inconnu dans nos universités, mais grâce à Jentzer, Bourcart, Stapfer, Romano (nous en oublions et des meilleurs) qui sont allés, premiers pionniers de la littérature scientifique scandinave, étudier le massage dans son pays d'origine, ce mode de traitement fut rapidement connu et prit chez nous droit de cité. Il va de soi qu'il a trouvé ses détracteurs. Quelle nouvelle méthode n'a pas eu et ses partisans enthousiastes et ses contradicteurs ? Forel de Berlin est allé jusqu'à dire que le massage agissait par suggestion ; Eltz partageait ces mêmes idées.

Nous ne prendrons pas la peine d'essayer de réfuter de tels arguments qui ne tiennent pas devant l'explication scientifique du massage donnée par les auteurs récents : Colombo, Romano, Cautru, Bourcart, qui ont édifié leurs théories sur une base physiologique sûre et démontrée.

---

1. Frumerie. *Le massage abdominal.*

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

Indications du massage.

Les indications du massage sont nombreuses et ne portent pas seulement sur les causes relevant de l'état pathologique local de l'intestin grêle ou du gros intestin. Comme nous le verrons dans une autre partie de notre sujet, le massage abdominal a une très grande influence sur la circulation centrale et périphérique. Par des manœuvres appropriées, on peut augmenter, ou diminuer la pression artérielle en produisant une vaso-dilatation des vaisseaux viscéraux profonds. Le massage peut donc activer de cette façon la circulation et avoir un effet décongestionnant des plus grands : d'où son emploi pouvant se généraliser à tous les états congestifs chroniques ou aigus des viscères abdomino-pelviens. Les maladies de cœur, par cet effet sur la pression intra-

vasculaire, seront également tributaires du même mode de traitement.

A côté de ce point de vue vaso-moteur très important, qui jusqu'à maintenant primait les autres, nous placerons avec le Dr Bourcart, privat-docent à la Faculté de Genève, celui de l'équilibre intra-abdominal : point de vue capital à notre avis qui est à la base du traitement massothérapique dans les ptoses. Il permet d'obtenir aussi d'excellents résultats dans la neurasthénie, par exemple, comme nous le démontrerons, dans d'autres affections nerveuses et dans le rein mobile. Ce dernier point d'ailleurs a été magistralement traité dans le livre du Dr Bourcart et nous ne pouvons mieux faire que de nous y reporter.

Mais où l'emploi du massage est des plus judicieux c'est, à coup sûr, dans la constipation et les succès que l'on obtient ne se comptent pas. La constipation est un état anormal (1) défini par la stase des matières fécales dans l'intestin et la dessiccation plus ou moins grande de celles-ci. Cet état pathologique s'accompagne fréquemment d'un retentissement sur le système vasculaire ou nerveux, lorsqu'il est primitif, ou sur une partie quelconque de l'organisme. Les causes de ces symptômes sont nombreuses. Nothnagel les a divisées, au point de vue clinique, en causes agissant sous l'influence de facteurs physiologiques, sous l'influence de certains

---

1. Définition de Mathieu.

états pathologiques et en une classe spéciale de constipation vulgaire (1).

Nous croyons plus rationnel de diviser les causes de la constipation en causes :

1° D'ordre mécanique,

2° D'ordre physiologique.

A. — *Causes d'ordre mécanique.*

Dans cette classe rentreront tous les cas de constipation produits par :

α) Les ptoses d'organes (2) ;

β) Les brides cicatricielles d'origine péritonéale ou autre ;

γ) les rétrécissements d'origine cicatricielle, ou compressive, ou néoplasique ;

) Les rétrécissements d'origine spasmodique ;

ε) L'occlusion intestinale.

B. — *Causes d'ordre physiologique.*

I. — *Dans les états normaux.* — *a*) Troubles de la nutrition : changements dans les aliments en quantité et en qualité, ainsi que dans l'absorption aqueuse.

---

1. Nothnagel. *Vortrag ueber die habituelle obstipation.* Wien., 1895.

2. Cette partie importante sera étudiée en détail dans le chapitre d' « Anatomie pathologique ». Cf. Planche n° VI.

b) Modifications du *modus vivendi* de l'individu.

II. — *Dans les états pathologiques.* — *a*) Maladies de l'estomac, dyspepsies avec hypo ou hyperchlorhydrie, sténose du pylore, dilatation et atonie gastrique ;

b) Maladies de l'intestin, perturbation dans la sécrétion biliaire, entérite, etc. ;

c) Maladies cardio-pulmonaires, stases veineuses, congestions ;

d) Maladies du système nerveux.

Nous pourrions ici discuter l'opinion de Fleiner sur la cause de la constipation chez les neurasthéniques ; mais, tenant à traiter ce point en bloc, nous dirons seulement que sa théorie de la constipation, due à la contracture convulsive de certaines parties de l'intestin, ne nous paraît pas être juste. Cette constipation relèverait plutôt, selon nous, d'un état pathologique chronique gastro-intestinal, de la chute du coude droit du côlon d'abord, de l'atrésie de la lumière du canal digestif, de l'entérosténose de Glénard et de la boucle qui se forme, comme nous le montrerons, à l'angle gauche du côlon. Pour notre part, nous n'avons pas encore rencontré de contracture convulsive du côlon chez les malades neurasthéniques que nous avons traités par le massage.

CHAPITRE II

Anatomie topographique normale de l'abdomen.

Estomac

Nous examinerons successivement le cardia, le pylore, les deux bords, les deux tubérosités et la partie dite triangle de L. Labbé qui est celle intéressant surtout le massage.

Le cardia, ou orifice œsophagien, répond en arrière au côté gauche de la 11e vertèbre dorsale, quelquefois de la dixième, mais ce rapport n'est pas immédiat. Entre le cardia et la vertèbre se trouve en effet un intervalle occupé par l'aorte. En avant le cardia est situé en regard du point où le 7e cartilage costal gauche s'articule au sternum.

Le pylore, ou orifice duodénal, est en rapport en avant avec la face inférieure du foie, en arrière avec la veine porte et l'artère hépatique, en haut avec le petit épiploon, en bas avec la tête du pancréas. Le pylore n'est pas complètement fixe et sa situation varie avec l'état de vacuité ou de distension de l'estomac.

Lorsque l'estomac est vide, le pylore est situé sur la ligne médiane correspondant en arrière à la douzième dorsale ou à la première lombaire, en avant à l'extrémité antérieure de la huitième côte. Lorsque l'estomac est distendu après les repas, le pylore est situé à 3 ou 4 centimètres à droite de la ligne médiane.

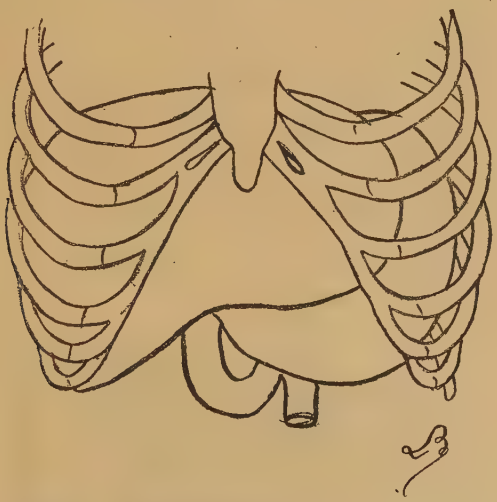
Le bord droit, ou petite courbure, inaccessible à la palpation, est placé sur la ligne médiane et répond au tronc cœliaque, au lobe de Spiegel et au plexus solaire. C'est sur la petite courbure que s'attache le ligament gastro-hépatique. Le bord gauche, ou grande courbure, répond au côlon transverse dans une grande partie de son étendue ; il répond aussi dans sa partie la plus externe au bord antérieur de la rate.

La grosse tubérosité occupe la plus grande partie de l'hypochondre gauche. Sa partie supérieure est en rapport avec le diaphragme. Sa partie inférieure se trouve située sur l'extrémité gauche du côlon transverse. Sa partie postérieure répond aux vaisseaux spléniques, à la queue du pancréas, à la capsule surrénale gauche. Sa partie externe est en rapport avec la rate.

La petite tubérosité répond en arrière, au corps du pancréas, et à la quatrième portion du duodénum. En avant elle répond à la face inférieure du foie et à la paroi antérieure de l'abdomen.

De la face antérieure de l'estomac, la partie qui nous occupe principalement, c'est la partie infé-

rieure, qui est en rapport avec la partie supérieure de la paroi antérieure de l'abdomen. C'est, à l'état normal, la partie seule palpable directement à travers la paroi abdominale. Dans l'estomac normal à l'état de réplétion, cette partie en rapport direct avec la paroi, détermine une petite région triangulaire appelée triangle de Labbé.



Le triangle de Labbé est limité en bas par une ligne horizontale passant par le bord inférieur de la neuvième côte, à gauche par le rebord des fausses-côtes gauches, à droite par le bord antérieur du foie. C'est cette partie de l'estomac qu'il importe de savoir parfaitement délimiter surtout en bas pour pouvoir se rendre compte de tout état de dilatation.

Intestin grêle

La laxité de l'intestin grêle, fixé au bord libre de l'éventail mésentérique, ne permet pas de lui assigner

de rapports fixes. Encadré par le côlon, son insertion lui permet des déplacements étendus, et il contribue beaucoup à l'équilibre intra-abdominal en formant une sorte de coussin à l'estomac.

Côlon

L'angle sous-hépatique ou angle droit du côlon répond théoriquement en avant aux cartilages de la 10e ou à l'extrémité antérieure de la 11e côte. Nous n'insisterons pas ici sur ces rapports qui, le plus souvent, changent à cause de la mobilité de l'angle hépato-colique et nous estimons que l'étude des déplacements pathologiques de cet organe sont plus importants au point de vue massage et plus justes que leur emplacement théorique.

Pour Jonesco (1), le côlon transverse se compose d'une portion droite, oblique en bas et à gauche,

1. Poirier. *Anatomie tube digestif Jonesco.*

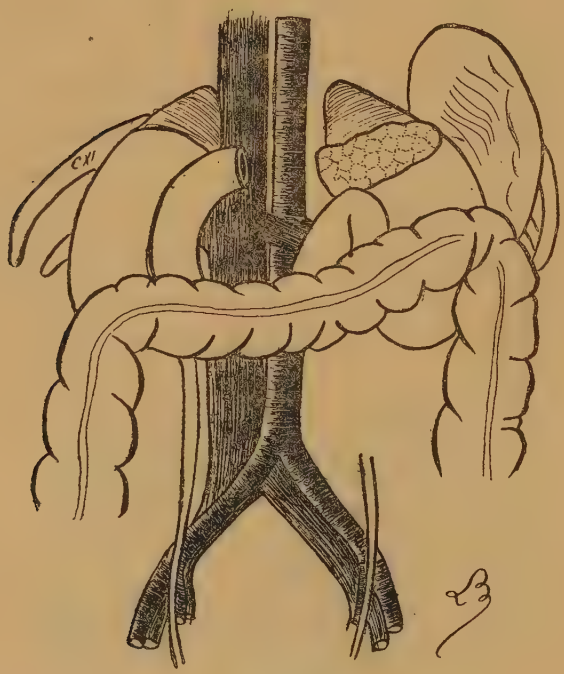
rarement horizontale, et d'une portion gauche presque verticale qui suit la grande courbure de l'estomac, pénètre dans l'hypocondre gauche, puis, quitte la grande courbure pour se placer sur la face postérieure du corps de l'estomac. Sous l'extrémité inférieure de la rate, devant le rein, au niveau de l'extrémité antérieure de la 6e côte, elle s'infléchit pour former l'angle gauche du côlon.

Cet angle gauche du côlon est solidement fixé à sa place au-devant de l'extrémité supérieure du rein gauche par un ligament très important à connaître : le ligament phréno-colique. Ce ligament est formé par le méso-côlon trânsverse qui donne naissance à deux petits replis triangulaires, disposés comme lui horizontalement et qui se portent vers la paroi latérale de l'abdomen, et s'y attachent en se continuant avec le péritoine pariétal. A droite le mésocôlon transverse donne bien également naissance à un ligament phréno-colique droit, mais celui-ci est excessivement lâche et ne sert en rien à la statique de l'angle hépato-colique. Dans la thèse de Cohan (1) on lit que le ligament phréno-colique s'insère parfois à quelques centimètres au-dessous de l'angle vrai du côlon transverse et descendant, angle toujours indiqué par le ligament colique sous-costal gauche (2).

1. Cohan. *Recherche sur la situation du côlon transverse.* Thèse, Paris, 1898.

2. Fromont. *Contribution à l'anatomie topographique de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif.* Thèse, Lille, 1890.

Les reins qui sont situés sur les côtés du rachis à la hauteur des deux dernières vertèbres dorsales et des deux ou trois premières lombaires sont en rapport sur leur face antérieure, la seule dont nous parlerons ici.



Le rein droit avec la face inférieure du foie, reposant sur elle dans ses trois quarts supérieurs, avec le côlon ascendant et la portion initiale du côlon transverse qui répondent à son quart inférieur, avec la deuxième portion du duodénum qui descend verticalement le long de sa paroi interne du croisant à angle droit des vaisseaux rénaux ;

enfin à sa partie toute supérieure avec la veine cave inférieure.

Le rein gauche, sur sa face antérieure, est en rapport : en haut avec la queue du pancréas, en haut et en dehors avec la rate, en bas avec la portion terminale du côlon transverse et du côlon descendant. La face antérieure du rein gauche est enfin en rapport, dans sa partie laissée libre dans les viscères précités, avec la grosse tubérosité de l'estomac dont l'en sépare l'arrière-cavité des épiploons.

Normalement les reins ne sont pas accessibles à la palpation ; ils ne le deviennent que dans un état pathologique.

CHAPITRE III

Déplacements pathologiques et neurasthénie.

Nous exposerons dans ce chapitre les déplacements pathologiques, c'est-à-dire les ptoses diverses d'origine abdominale. Nous nous arrêterons plus spécialement sur le lien que nous croyons devoir exister entre l'entéroptose et la neurasthénie. Ce point de vue de la question n'est pas nouveau d'ailleurs et depuis longtemps déjà Glénard (1) à cru devoir attirer l'attention sur un traitement de la neurasthénie en partant de ce principe que la neurasthénie n'est qu'un ensemble de phénomènes nerveux dus à une affection du mésogastre, c'est-à-dire à une splanchnoptose. Ce point nous intéresse d'autant plus que nous avons surtout au cours de nos études examiné et massé cette catégorie de malades.

Nous ne chercherons pas à connaître ou plutôt nous ne discuterons pas longuement les causes de l'entéroptose. Il nous paraît cependant bien exclu-

1. Glénard, *Neurasthénie et entéroptose*. Société médicale des hôpitaux de Paris (mai 1886).

sif d'assigner comme cause unique de cette maladie, comme le fait actuellement Glénard, un état hépatique pathologique quelconque et de ne tenir aucun compte par exemple de l'état de gestation antérieur ou de l'état primitif de la paroi abdominale. N'y a-t-il pas là, dans la faiblesse de la paroi abdominale surtout, une cause d'entéroptose.

En dehors de tout état hépatique, et de tout état dérivant d'une faiblesse de la paroi, nous croyons pouvoir également assigner, comme cause à l'entéroptose, tous les troubles de la nutrition amenant un état d'amaigrissement marqué. Nous avons plusieurs fois constaté chez des jeunes filles de quinze à vingt-cinq ans un état anémique assez grand, un amaigrissement notable et qui présentaient une entéroptose type avec une sangle abdominale normale et sans état hépatique.

Nous ne serions pas éloigné d'assigner un rôle assez grand dans la genèse de cette affection chez les jeunes filles, à des troubles tardifs de l'époque de la puberté, venant compliquer l'anémie, ou la débilité si fréquente en pareil cas. Et comme le disait le Dr Bottey de Divonne dans une très juste comparaison à une de ses malades qu'il traitait alors par le traitement hydrothérapique et la cure de Weir Mitchell : « Ce n'est pas l'étoffe qui manque ou qui est mauvaise, c'est la doublure et le capitonnage qui font défaut. » (1).

1. Notes personnelles sur le Dr Bottey.

L'absence, en effet, de tout tissu adipeux qui joue à l'état normal un rôle de coussin vis-à-vis des différents viscères abdomino-pelviens doit être beaucoup incriminée aussi dans l'entéroptose. Nous ne pouvons enfin passer sous silence l'effet funeste du corset. Nous ne développerons pas ce sujet qui a été traité de nombreuses fois déjà et n'offre plus un intérêt capital.

En résumé on peut assigner, croyons-nous, à l'entéroptose les causes suivantes : Entéroptose de cause puerpérale, de cause traumatique, de cause post-dyspeptique, de cause post-inflammatoire, de cause coprostatique (1), de cause marastique.

L'entéroptose. — Comme le dit très exactement Glénard, c'est par l'entéroptose du coude droit du côlon que commence la maladie : « C'est la lésion fondamentale organique. » Nous savons qu'au point de vue anatomique, en effet, le coude droit du côlon est le moins soutenu et que le ligament phréno-colique droit n'a aucune force et ne peut à aucun point aider au maintien de la statique abdominale. On peut aussi, je crois, attribuer un certain rôle, bien que secondaire, à la traction en bas exercée par le cœcum plein de matières fécales. Le cœcum, en effet,

---

1. Nous avons énuméré ici les causes relatées déjà par Glénard dans son travail intitulé : « *Entéroptose et neurasthénie* » ; mais nous rangerons pour notre part la coprostase dans l'entéroptose comme effet de celle-ci et non comme cause. L'entéroptose amène la constipation, la réciproque au contraire est exagérée.

est assez libre dans la cavité abdominale et son méso lui permet des déplacements relativement grands. L'angle hépato-colique arrive ainsi à se trouver à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'extrémité antérieure de la onzième côte.

L'entéroptose du coude droit du côlon est presque toujours suivie de celle de la première partie du côlon transverse. Cohan, dans sa thèse sur la *Recherche de la situation du côlon transverse*, a montré les déplacements fréquents de cette partie de l'intestin et arriverait à cette conclusion qu'on ne peut assigner de forme fixe, pas plus dans la position normale que dans les positions pathologiques du côlon transverse.

C'est, en effet, la partie du tube digestif la moins stable et la moins capable d'une description classique. Sur 40 cas examinés, Fromont a trouvé le côlon transverse :

22 fois au-dessus de l'ombilic,
10 fois au niveau,
8 fois au-dessous.

Mauclaire et Mouchet sur 100 autopsies l'ont trouvé :

41 fois au-dessus de l'ombilic,
34 fois au niveau,
26 fois au-dessous.

Pour eux, d'autre part, il y aurait deux fois plus de femmes que d'hommes ayant le côlon bas placé.

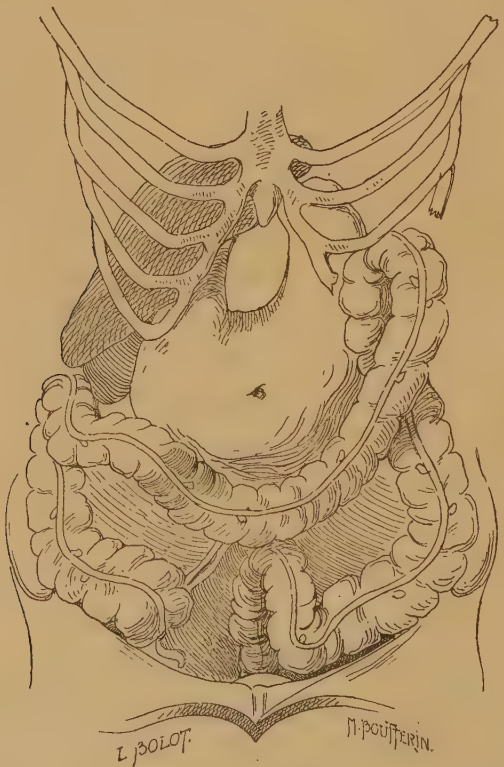
Et de fait, sur 43 cas de femmes de trente-cinq à quarante-cinq ans examinés par nous, 4 seulement

avaient le côlon au niveau de l'ombilic, et 2 seulement au-dessus de l'ombilic ; toutes les autres avaient le côlon transverse situé au-dessous, à un, deux et même trois travers de doigt. Le port du corset, l'état de gestation antérieur sont bien faits aussi pour expliquer et confirmer cette position qu'on ne peut, à notre avis, qualifier d'anormale que quand elle se trouve à au moins deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Et, pour un œil exercé, il est facile d'apercevoir une légère saillie de la paroi abdominale à la place nouvelle où se trouve le côlon transverse. Sur les photogravures du livre de Stratz, sur les caractères classiques de *La beauté de la femme*, on peut se rendre compte déjà par la configuration extérieure du ventre de ce que doit être la configuration intérieure. Nous tenons à insister ici sur cette configuration extérieure presque aussi nécessaire à connaître que la configuration intérieure et qui pourra nous renseigner, à première vue, sur l'état de l'équilibre intra-abdominal. Pour notre propre compte, nous pouvons dire que bien rarement notre main n'a pas rencontré le côlon transverse là où nous croyons devoir le placer par la simple inspection. Et c'est là que notre main se porte d'instinct pour relever le côlon à sa place normale avant de commencer toute autre manipulation massothérapique. A la ptose du coude droit et du côlon transverse, fait naturellement suite un état de dilatation plus ou moins grand de l'estomac puisque c'est à celui-ci qu'est alors dévolu

exclusivement le rôle de soutien de cette partie du gros intestin.

Nous signalerons aussi la position anormale de l'angle gauche du côlon, observée par nous dans une autopsie faite à l'hopital Tenon (année 1904) avec notre ami M. Brésard, alors interne de M. le docteur Caussade (planche VI). Cette position a été également remarquée par M. le Dr Bourcart de Genève qui en parle dans son livre, *Le Ventre*, paru en 1905.



Dans la ptose du côlon transverse, il se fait un croisement de la partie gauche de celui-ci sur la

partie supérieure du côlon descendant solidement fixé en arrière et en dedans, maintenu qu'il est par le ligament phréno-colique gauche. Comme nous l'avons fait remarquer dans l'anatomie normale, ce ligament peut s'insérer à quelques centimètres au-dessous de l'angle vrai du côlon (1) et peut ainsi aider à la formation de cette sorte de boucle formée par le côlon transverse ptosé en bas et en dehors par rapport à la partie extrême supérieure du côlon descendant. Cette disposition doit être, plus fréquemment peut-être que nous ne pouvons le supposer, incriminée dans la coprostase des entéroptoses. D'autres autopsies peuvent seules nous permettre d'affirmer ce fait.

L'autopsie représentée ici montre également une énorme dilatation de l'estomac, une ptose du rein droit et l'angle droit du côlon formant à ce rein une sorte de lit. Comme on peut le remarquer, le thorax était complètement déformé par le port du corset, serré outre mesure, qui avait amené une entéroptose généralisée type et complète : foie basculé, rein flottant, estomac dilaté, côlon transverse à environ quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il est rare même de trouver des cas aussi complets. La malade était morte peu de temps après son arrivée à l'hôpital, où on l'avait apportée dans un état d'algidité très grande. Nous avons été particulièrement heureux de pouvoir

1. Thèse Cohan et thèse Constantinesco, Paris, 1898-1899.

faire cette autopsie si précieuse pour nos travaux personnels, mais il est énormément regrettable que nous n'ayons pu arriver à connaître l'histoire de cette malade et à refaire sur des données certaines l'étiologie de la maladie. Il nous paraît certain, cependant, que nous avions affaire à l'entéroptose caractéristique décrite par Glénard à forme neurasthénique.

Neurasthénie. — L'entéroptose est-elle la cause ou la conséquence de la neurasthénie. Voilà certes une proposition que l'on n'a pu encore résoudre dans un sens ou dans l'autre. Pour Glénard, à coup sûr, la neurasthénie est due à une affection méso-gastrique dont il a bien déterminé les symptômes. Les symptômes fondamentaux de la neurasthénie sont d'après lui, en effet, les mêmes que les symptômes d'une affection méso-gastrique ; voici ces symptômes :

1° Réveil à 2 heures du matin, puis malaises et insomnies plus ou moins marquées ;

2° Exacerbation ou apparition des malaises au lever, et à 3 heures du soir ;

3° Relation constante, masquée ou non, des malaises avec la nature d'alimentation ;

4° Irrégularité et insuffisance des selles.

Enfin ces symptômes cardinaux d'une neurasthénie au début se compliquent dans la neurasthénie confirmée :

1° D'hypothase abdominale,

2° De splanchnoptose,

3° D'entérosténose,

4° De gastroptose et d'atonie gastrique.

De tels phénomènes ne peuvent exister sans déterminer une profonde perturbation dans les fonctions digestives, et sans avoir un retentissement très grand sur le système nerveux. On sait aussi l'influence des maladies de la nutrition et de l'estomac en particulier sur le système nerveux. « On a le caractère de son estomac », dit-on dans le langage familier ; cela nous paraît être souvent bien vrai.

Ajoutons à cela, un point que nous ne trouvons pas développé dans l'opuscule de Glénard : la résorption des toxines produites par les masses fécales, stagnant dans le tractus intestinal, la stercorémie, en un mot, consécutive à la coprostase et il nous sera facile, croyons-nous, d'expliquer les états nerveux des neurasthéniques sans accuser le système nerveux. Glénard dit : « Lorsque nous ignorons la cause, le système nerveux est là pour nous venir en aide. » C'est quelquefois vrai.

Mais il ne faut cependant pas voir entéroptose partout, comme les syphiligraphes voient syphilis partout, et la vérité est, croyons-nous, dans un juste milieu. On pourrait distinguer deux sortes de neurasthénies : une neurasthénie essentielle avec troubles nerveux primitifs, et une neurasthénie symptomatique venant compliquer l'entéroptose.

Nous ne voulons pas entrer dans une discussion pareille, qu'il nous serait bien difficile de résoudre ; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que le

traitement massothérapique que nous avons eu l'occasion d'appliquer souvent à des neurasthéniques nous a toujours donné une amélioration sensible et, dans quelques cas, une guérison complète. Avons-nous fait dans ces cas de la thérapeutique de symptômes ou de la thérapeutique, au sens vrai du terme, peu nous importe, puisque dans tous les cas soignés nous avons au moins obtenu une amélioration notable dans l'état des malades.

Nous reviendrons en détail à la fin de notre travail sur ce traitement et sa comparaison avec les autres traitements habituels.

DEUXIÈME PARTIE

Technique opératoire.

CHAPITRE PREMIER

Le palper abdominal.

Avant d'entrer dans le détail des diverses manipulations employées ordinairement et de celles que nous avons l'habitude d'employer plus spécialement, nous croyons nécessaire d'attirer l'attention sur le principe primordial de tout massage scientifique, nous voulons dire le palper (1). Car, en matière de de kinésithérapie, le palper est plus important peut-être encore qu'en matière de diagnostic chirurgical ou obstétrical.

Chaque manipulation commence par le palper de l'organe sur lequel on va pratiquer soit des mouvements vibratoires, soit un effleurage profond ou léger, ou toute autre manœuvre.

---

1. Cf. *Palpation des organes abdominaux* dans Glénard, *Ptoses viscérales.*

Et, c'est cette phase du massage qui distingue surtout la méthode scientifique employée par le médecin spécialiste, de la méthode empirique, à laquelle nous avons déjà fait allusion dans notre préface.

En effet, l'empirique aura toujours pu retenir dans les livres qu'il lira — en partie sans les comprendre — que le massage consiste en telle ou telle manœuvre. Il pourra savoir également que normalement tel viscère abdominal correspond à telle place par rapport à la paroi externe; que le pylore par exemple correspond en arrière au côté droit du bord inférieur de la première vertèbre lombaire, en avant aux 7e et 8e cartilages costaux droits, qu'il est caché par le foie, qu'il se trouve sous le col de la vésicule. Il pourra même savoir qu'assez souvent, surtout chez la femme, le côlon transverse descend au-dessous de l'ombilic : voilà déjà pour lui des notions bien compliquées.

Mais lorsque ce masseur ignorant aura une cliente présentant une ptose généralisée avec rein mobile, sans cette connaissance du palper, que l'on n'acquiert que par l'étude anatomique et une pratique scientifique longue et difficile, comment va-t-il pratiquer son massage? Comment va-t-il pouvoir opérer, je ne dirai pas, pour obtenir un bon résultat, mais pour éviter peut-être de graves désordres. Il ira à l'aveugle, pratiquera des manipulations dans le sens des mouvements péristaltiques, à l'endroit où les organes doivent être normalement placés, faisant d'un rein mobile un rein flottant, augmentant la

ptose du côlon transverse, la dilatation stomacale et aggravant rapidement et l'état nerveux de sa malade et toutes les modifications pathologiques de sa cavité abdominale.

Il nous revient toujours à l'esprit le cas de Mlle G..., en traitement à Divonne en 1899 (1). Cette personne fut traitée pendant un an, en Russie, par le massage abdominal et, loin de s'améliorer, son état n'allait qu'en empirant. Sur les conseils d'un médecin de Pétersbourg, qui n'avait vu dans son état qu'une neurasthénie très grande, la malade vint faire à Divonne une saison d'hydrothérapie. Nous ne voulons pas dire que son état nerveux ne fut pas amélioré par le traitement, mais la malade à la fin de la saison avait très peu gagné comme poids, son caractère s'était peu modifié; elle présentait des symptômes de constipation opiniâtre, un état de faiblesse relativement grand, les promenades un peu longues lui étaient très pénibles et elle accusait une douleur très fréquente dans l'hypocondre droit.

Examinée à ce moment par un de nos amis (2), celui-ci constata un rein mobile à droite, l'angle hépato-colique à deux travers de doigt en-dessous des fausses côtes, formant sous le rein une sorte de lit.

---

1. Observation originale due au Dr Bottey de Divonne.

2. Nous devons dire ici, pour être dans l'exacte vérité, que l'examen abdominal de cette personne n'avait pas été fait à Divonne, celle-ci s'y étant refusée par un de ces caprices si fréquents d'ailleurs dans cette catégorie de malades.

Le côlon transverse était à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic complètement palpable, vu l'état d'amaigrissement de la malade dont il était facile de sentir l'aorte abdominale ; l'estomac enfin dilaté et atone.

Un traitement massothérapique de deux mois, combiné à la suralimentation et à des injections hypodermiques de cacodylate de soude rétablissent la malade qui part guérie de la clinique. N'est-ce pas là un exemple frappant de ces deux traitements successifs de massage : l'un empirique dont nous avons vu les résultats, l'autre, le massage scientifique, qui a pu heureusement dans ce cas réparer les désordres produits par l'autre, grâce à un palper intelligent qui est venu d'abord faire connaître l'état pathologique exact de la malade et a aidé ensuite pour la part que nous lui connaissons au traitement.

CHAPITRE II

Les manipulations du massage (en général).

On a coutume de diviser les manipulations de massage en deux classes : l'une, comprenant le massage superficiel et léger, l'autre le massage profond et fort. Chacun peut être ou calmant ou stimulant. Il nous semble bon d'en donner ici un tableau synoptique :

A. — Massage superficiel et léger ;

I. — Manipulations calmantes ;

a) Effleurage ;

b) Tremblements ;

II. — Manipulations stimulantes ;

a) Percussion pointée ;

b) Grattage par-dessus le linge.

B. — Massage profond et fort ;

I. — Manipulations calmantes (et tonifiantes) ;

a) Effleurage profond ;

b) Vibrations profondes ;

II. — Manipulations stimulantes ;

a) Pétrissage ;

b) Foulage transversal.

Nous allons étudier ces diverses manipulations et les cas spéciaux où l'on se sert de chacune d'elles, puis nous passerons à l'explication détaillée de notre technique habituelle.

Massage superficiel.

L'effleurage superficiel léger se fait dans le sens physiologique des matières. Il est employé pour calmer la sensibilité de l'estomac et de l'abdomen, dans les crises gastriques d'origine tabétique. On l'emploie également contre les gastralgies nerveuses, le spasme du pylore et dans certains cas d'hyperchlorhydrie.

Le tremblement consiste en un mouvement oscillatoire vertical tel que le talon de la main et le bout des doigts touchent alternativement et plus ou moins vite les tissus à traiter. Cette manipulation est extrêmement fatigante. Très utile dans les névralgies abdominales, le hoquet tenace, les vomissements, le spasme par contracture douloureuse des fibres lisses du pylore et surtout du gros intestin. On peut avantageusement la remplacer par un autre procédé récent et dont nous avons pu apprécier les résultats.

En novembre 1904 le Dr Bourcart présentait à la Société médicale de Genève une communication (1)

1. *Revue médicale de la Suisse romande*, nº 12 (1904).

sur « l'action des vibrations manuelles sur les inflammations aiguës ou subaiguës du péritoine ». Voici la définition qu'il donne de ces vibrations : « Les vibrations manuelles résultent d'une trépidation extrêmement rapide et subtile, transmise du groupe musculaire de l'épaule à la main par l'intermédiaire du bras tendu. » Nous ne discuterons pas l'emploi de ce traitement dans ces affections du péritoine ce qui nous paraît un peu téméraire. Traiter une périty-phlite par le massage, fût-il fait de la façon la plus subtile : nous n'oserions en pareil cas le conseiller, alors même que le Dr Bourcart cite de nombreux cas de guérison à l'appui. Mais cette manipulation employée à la place du tremblement superficiel nous a donné les meilleurs résultats dans des douleurs spasmodiques gastro-intestinales.

La percussion pointée et le grattage sont les deux manipulations stimulantes du massage superficiel et léger. Pour réveiller l'action des glandes du tube gastro-intestinal, pour tonifier la musculature dans l'atonie, ces manœuvres peuvent être excellentes. Dans les cas relevant d'hypopepsie, de digestions difficiles, ces manipulations donnent également de bons résultats. Toutefois qu'il nous soit permis d'émettre une légère restriction sur l'efficacité de ces manœuvres bonnes à coup sûr pour l'estomac, mais qui nous paraissent un peu anodines comme manœuvres stimulantes de l'intestin. Nous avons obtenu de bons résultats dans des dilatations considérables avec atonie et dans des cas d'hypopepsie par ce traitement.

Contrairement à l'opinion d'AF. Kleen, un massage superficiel et léger augmente la pression artérielle.

Massage profond.

Le massage profond, comme le massage superficiel comprend deux sortes de manipulations.

D'une part les manipulations calmantes. Elles comprennent l'effleurage et les vibrations profondes. L'effleurage profond comme le superficiel se fait dans le sens du cours des matières et ne diffère de celui-ci que par le degré de force employée pour la manipulation.

Les vibrations profondes résultent d'une trépidation obtenue par la tétanisation des muscles du bras et de l'avant-bras, la main appliquée sur la paroi abdominale et faisant en quelque sorte corps avec elle.

Ces deux manipulations ont un effet physiologique calmant en même temps qu'elles tonifient les organes digestifs. Elles agissent surtout en diminuant la pression artérielle et augmentant par le fait l'activité circulatoire. Elles nous ont donné les meilleurs résultats dans de nombreux cas de congestion des organes abdomino-pelviens et dans les dysménorrhées.

Les manipulations stimulantes d'autre part, consistent :

1° Dans le pétrissage que l'on fait dans le sens physiologique des matières ;

2° Dans le foulage transversal, obtenu en dépri-

mant la paroi qu'on laisse revenir ensuite sur elle-même. Les mains se déplacent de droite à gauche et de gauche à droite et de haut en bas influençant ainsi et l'estomac et l'intestin.

Ces manipulations améliorent la circulation abdominale, aident au brassage alimentaire et excitent les mouvements péristaltiques. Ces manipulations sont également employées dans la constipation, la diarrhée chronique, et l'entérite muco-membraneuse. Elles améliorent considérablement la fonction des glandes, comme toute manipulation profonde d'ailleurs, par la diminution de pression artérielle, la vaso-dilatation du système porte et la suractivité circulatoire qui en dérive, en même temps que par action directe réflexe sur la glande elle-même.

CHAPITRE III

Technique spéciale du massage.

(*Démonstration théorique*).

La meilleure description, lorsqu'elle n'est pas accompagnée de planches explicatives nous a toujours paru plus difficile à comprendre et moins claire. Aussi après avoir donné une idée générale des manipulations que nous employons ordinairement, nous continuerons la démonstration de notre méthode personnelle par l'explication des planches que nous avons fait faire dans ce but.

Rarement, nous nous servons du massage superficiel et léger, nous le réservons presque uniquement aux premières séances massothérapiques pour habituer le malade qui, malgré la meilleure volonté de sa part, contracte sa paroi et nous empêche de produire un résultat quelconque. Nous nous en servons aussi dans les dyspepsies où il réussit bien. Le massage superficiel provoque d'ailleurs, pour la plupart des auteurs du moins, une hypertension artérielle et ce n'est pas en général le résultat que nous recherchons.

D'autre part, si nous le voulons excitant, le grattage sur le linge nous paraît véritablement trop ano-

din et ne donnerait aucun résultat chez une personne à paroi forte et avec légère adipose.

Nous donnons de beaucoup la préférence au massage profond : vibrations profondes et effleurage profond circulaire, dans le sens physiologique des matières d'une part ; pétrissage profond circulaire d'autre part lorsque nous voulons un massage excitant. Mais nous évitons avec le plus grand soin toute manœuvre trop forte et exercée avec trop d'insistance. Une telle façon de masser donne de brillants résultats immédiats, mais est désastreuse dans la suite. En voulant stimuler on fatigue, et l'on ne peut trop se rappeler le précepte de Thure Brandt dont on ne peut que désirer la délicatesse de main : « Il est facile d'augmenter ce qui est trop peu, mais il est difficile de diminuer ce qui est trop. » On doit savoir attendre ; la confiance du malade dût-elle diminuer à l'égard de son masseur.

Nous pratiquons le pétrissage profond circulaire en massant dans un sens hélicoïdal, la pulpe des doigts faisant corps avec la paroi abdominale, et en avançant doucement dans le sens physiologique des matières. C'est-à-dire que le mouvement des doigts, au lieu de former un cercle complet, ne ferme pas ce cercle, et en avançant, en forme un nouveau, à côté, dont une partie est incluse dans le premier. Ce procédé est-il meilleur qu'un autre, il nous est difficile à nous-même d'y répondre, nous en avons en tout cas obtenu de très bons résultats.

Lorsque l'S iliaque nous apparaît à la palpation

plein de matières, c'est cette partie que nous commençons à masser ; mais nous prendrons ici pour notre description, l'ordre du cours des matières dans le gros intestin : cœcum, côlon ascendant, angle droit, côlon transverse, angle gauche, S iliaque.

Le massage du cœcum et du côlon ascendant se fait, l'opérateur placé à droite du malade, les pulpes des doigts des deux mains appliquées comme le montre la planche I. On pratique la manipulation choisie après avoir parfaitement repéré la position de l'organe. Le masseur fait face au côté du malade.

Dans le massage de l'angle hépato-côlique, les doigts doivent viser à relever cet angle ptosé généralement ; s'il est normalement placé, l'extrémité des doigts doit pénétrer dans l'hypocondre droit pour aboutir à un résultat efficace. Il est bon pour le masseur de ne plus rester en face du flanc du malade, mais de se porter vers l'épaule de celui-ci (cf. planche II) de façon que ses mains attirent naturellement l'angle côlique qu'on fait comme d'amener vers soi. Cette planche II montre également la position que doivent prendre les mains pour procéder aux vibrations profondes de la région pylorique dans le cas de sténose du pylore d'origine spasmodique ou autre (manipulation calmante).

Le massage du côlon transverse se fait très facilement, la main appliquée à plat sur la paroi abdominale (planche III), le pouce écarté et correspondant à la position de l'angle droit côlique, la pulpe des doigts vers l'angle gauche.

Le bord radial de la main refoule mécaniquement vers le haut le côlon transverse. Cette position de la main droite est également celle que l'on peut prendre, le bras tendu alors, pour produire les vibrations profondes. Elle est également très propice pour le brassage simple ou vibratoire du paquet de l'intestin grêle.

Pour le massage du côlon transverse, nous préférons, au pétrissage circulaire, faire rouler le côlon sur le bord radial de la main en le refoulant toujours vers le haut. Nous employons aussi volontiers une manœuvre qui consiste à faire rouler le côlon sous la pulpe des grands doigts creusés en voûte en appuyant alternativement davantage sur le bord radial ou le bord cubital de la main.

Le côlon transverse se contracte vite en général, et expulse rapidement son contenu lorsqu'on a eu soin de le relever et de remettre en place surtout la partie extrême vers l'angle gauche pour faire disparaître la bouche pathologique de cet angle, dont nous avons parlé plus haut et qui empêche aux masses fécales d'avancer.

Cet angle gauche du côlon doit être comme l'angle droit l'objet d'un massage très attentif. Placé vers l'épaule droite du malade, le bras gauche du masseur passe sur le corps et l'avant-bras devient parallèle au côté gauche du patient, la pulpe des doigts s'enfonce sous les fausses côtes. L'avant-bras droit de l'opérateur se met perpendiculairement à l'axe du corps du malade formant avec l'avant-bras gauche un angle

droit. La pulpe des doigts de la main droite refoule l'extrémité gauche du côlon transverse. Dans cette position nous pratiquons souvent des vibrations profondes qui renforcent la tonicité des fibres de cette partie de la tunique intestinale et accélèrent le mouvement péristaltique.

Dans le massage du côlon descendant et de l'S iliaque (Planche V), l'opérateur, face au côté droit du malade, enfonce assez profondément la pulpe des doigts dans la fosse iliaque gauche pour sentir et entrer en contact avec la partie du côlon à masser et pratique les manipulations ordinaires. C'est par cette manœuvre, qu'en général, commence le massage pour désobtruer cette partie et vider en quelque sorte la place que vont occuper ensuite les masses fécales chassées du cœcum et du côlon transverse.

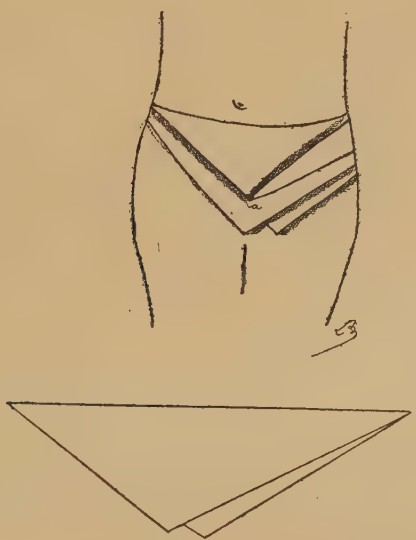
Pour le massage de l'estomac (manipulations calmantes ou excitantes) la main placée comme il est indiqué dans la planche III peut provoquer ou le refoulement de l'estomac vers le pylore, pour vider la poche dans une dilatation se vidant mal, ou l'effleurage, ou des vibrations de la poche stomacale : mouvements que l'on peut associer à la percussion pointée ou au grattage pratiqués de l'autre main libre.

Du port d'une sangle droite.

A côté du massage qui dans l'entéroptose vient momentanément rétablir l'équilibre intra-abdominal, trouve place le port d'une ceinture de soutien.

Comme le disait notre maître M. le professeur Kirmisson à propos de la scoliose : « On ne peut tout le temps faire de la gymnastique et du massage et entre les séances, il est tout naturel de faire porter aux malades un corset qui les soutienne. » Il en est de même pour le ventre.

Depuis de nombreuses années, on recommande tout particulièrement de faire porter aux malades atteints de splanchnoptoses une sangle droite, celle de Glénard de préférence. Elle n'a pas cependant



paru répondre à tous les desiderata. Et depuis deux ans le Dr Bourcart l'a pour sa part remplacée par sa grande sangle en tissu caoutchouté qu'il enroule plusieurs fois autour du corps en faisant dans un de ces tours un renversé en avant qu'il fixe en bas par une épingle de sûreté. Cette sangle offre, à coup sûr,

un moyen de contention plus grand que celle de Glénard du surtout au renversé. Mais, elle a le grand inconvénient de ne pouvoir être adaptée par la malade elle-même et de nécessiter ainsi chaque jour l'intervention du médecin. Faisant aussi plusieurs fois le tour du corps, elle nous paraît devoir être supportée avec assez de gêne.

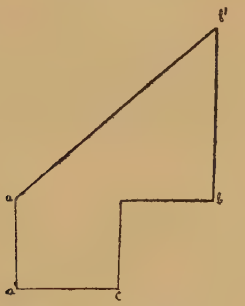
Au mois d'août 1905 nous avons eu l'occasion de conseiller à plusieurs personnes n'ayant pas les ressources nécessaires pour s'acheter une sangle droite, le port d'une ceinture faite d'un morceau d'étoffe ordinaire plié en deux d'abord et formant renversé en avant (cf. planche).

C'était une sorte de sangle du modèle de celle de Bourcart mais modifiée déjà puisqu'elle ne faisait qu'une fois le tour du corps et que le renversé cousu, la malade pouvait elle-même chaque matin placer cette ceinture.

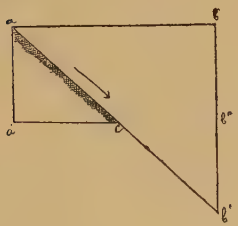
Ce simple morceau d'étoffe, ainsi plié, donna les plus heureux résultats ; suppression de la sensation de pesanteur, de la fatigue de la marche, etc. Cette ceinture ainsi confectionnée avait aussi l'avantage, bien que placée sur la chemise, de ne pas remonter et de ne pas nécessiter de sous-cuisses. Cependant, bien que très pratique, elle était destinée à n'être conseillée que rarement, n'étant ni élégante, ni ne pouvant se trouver chez aucun orthopédiste. Nous avons eu alors l'idée de placer sur une sangle droite sans baleine, un renversé fait

de forte batiste qui ajoute à la sangle ordinaire son propre effet.

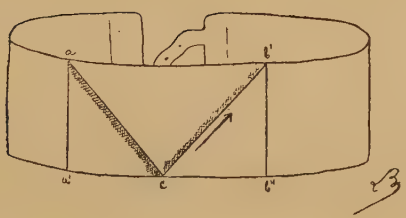
Nous savons, en effet, que tout renversé comme celui de la ceinture de Bourcart, ou tout autre, produit une pression diminuant de bas en haut. C'est-à-dire que la pression qui s'exercera par l'intermé-



I



II



III

diaire du renversé aura son maximum au sommet de l'angle de celui-ci et que cette même pression ira en décroissant au fur et à mesure qu'on s'éloignera du sommet de cet angle. Elle déterminera donc dans le cas présent un refoulement continuel de bas

en haut en (quelque sorte un self-massage) du paquet intestinal qui contribuera puissamment au maintien de l'équilibre intra-abdominal.

Voici la façon dont nous disposons notre renversé. Nous prenons un morceau de batiste dont la longueur ne dépasse pas la distance entre les deux épines iliaques antérieures et supérieures et large de trois fois la hauteur de la sangle. Après, pour nous répérer, l'avoir d'abord plié en trois nous le coupons suivant la figure I, formant ainsi une surface *a a' c b b'*.

En pliant la partie *a b' b* sur *a a' c* selon la ligne *a b* nous avons la première partie de notre renversé (fig. II). Repliant à nouveau la partie *c b' b''* sur *a c b'' b* suivant la ligne *c b''*, *b'* vient s'appliquer en *b* et nous avons (fig. III) notre renversé complètement constitué.

On doit piquer à la machine sur le renversé les lignes *a c* et *c b'* et ce renversé ne doit être cousu à la sangle en caoutchouc que suivant les lignes *a a'* et *b' b''* et au point *c* pour ajouter aux effets ordinaires de la sangle son effet spécial.

Nous avons eu l'occasion de la voir appliquée quelquefois déjà, et elle nous paraît bien répondre aux desiderata des autres sangles et au but de contention et de relèvement des organes que nous nous étions proposé. Nous n'y avons pas adapté de sous-cuisses et chaque fois qu'elle a été employée, il a été constaté qu'elle ne remontait pas.

Cette sangle a enfin l'avantage de ne pas se

déformer en avant et de conserver ainsi le but auquel elle est destinée. Une sangle de Glénard, au contraire, mise depuis trois semaines seulement, n'est plus en réalité une sangle droite, elle est devenue absolument comparable à une ceinture sous-ventrière ordinaire. Cela est facilement compréhensible, le tissu caoutchouté, à la longue, se laisse distendre ; tandis que dans une sangle à renversé, le renversé en batiste est indéformable et ce n'est que sur les côtés que le caoutchouc se moule aux hanches sans enlever aucunement à la ceinture sa raison d'être.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE I

Les effets du massage abdominal.

Comme nous l'avons déjà fait entrevoir au cours de ce travail, les effets du massage abdominal sont nombreux. Nous avons vu qu'un massage superficiel et léger augmentait la pression artérielle ; qu'un massage profond au contraire amenait une vasodilatation du système porte et une hypotension artérielle. Nous avons parlé du péristaltisme influencé par le pétrissage ou les vibrations profondes. Dans ce chapitre, nous allons essayer de donner une vue d'ensemble sur les divers effets du massage abdominal et les analyser.

Le massage agit d'une façon directe ou indirecte. Il agit d'une façon directe :

a) Sur l'élément musculaire intestinal,

b) Sur le système nerveux,

c) Sur la circulation abdomino-pelvienne,

d) Sur le rétablissement de l'équilibre intra-abdominal,

e) Sur l'élément glandulaire.

Il agit indirectement :

Sur les sécrétions hépatique, pancréatique et rénale par l'intermédiaire des modifications qu'il apporte dans la circulation.

Action sur l'élément musculaire.

Il est actuellement admis que le massage abdominal augmente les mouvements péristaltiques du tractus intestinal par excitation réflexe de la paroi intestinale. On sent en effet souvent, sous la main qui masse, l'intestin se contracter et expulser le bol fécal par ses mouvements péristaltiques. Il faut alors ne pas continuer le pétrissage et laisser l'intestin agir seul, en l'excitant seulement par une friction très légère. Il mobilisera également les scybales dures et adhérentes à la paroi. Cette action sera provoquée et par le pétrissage et par les vibrations profondes qui produisent une excitation directe des plexus sympathiques et influencent ainsi les vaso-moteurs.

De même qu'un massage ordinaire d'un muscle produit le renforcement de ses fibres, un traitement de massage longtemps et ponctuellement exécuté produit également un renforcement des fibres lisses de la tunique abdominale.

La paroi abdominale est également renforcée con-

sidérablement par le massage et certains auteurs pensent que le massage agit surtout par l'intermédiaire de son influence sur le renforcement de la paroi abdominale. A notre avis, cette opinion est exagérée. Pourtant, après plusieurs accouchements, l'entéroptose est due en partie à cette faiblesse de la sangle abdominale, et dans ce cas nous nous efforcerons plus de restaurer la paroi que de masser l'intestin lui-même.

Action sur l'élément nerveux.

En impressionnant directement les terminaisons sensitives on détermine par leur intermédiaire, ou des effets calmants, ou des effets excitants ; de l'hypotension, ou de l'hypertension. Nous avons vu précédemment les manipulations qui répondent à chacun de ces effets que l'on désire obtenir.

La vibration directe des plexus sympathiques influence énormément aussi le péristaltisme abdominal. Et, pour le produire, on exerce parfois des vibrations avec les mains mises l'une sur l'autre à égale distance entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, ou l'ombilic et la symphise pubienne et profondément enfoncées, suivant que l'on veut influencer le plexus solaire ou le plexus lombo-aortique. La douleur demande un massage calmant ; la parésie et l'atonie un massage excitant.

Action sur la circulation abdomino-pelvienne.

Ce sont Colombo, Ekgren et Romano qui ont étudié d'une façon plus spéciale l'action du massage abdominal sur la circulation. Nous pouvons tirer ces conclusions de leurs travaux. Deux cas sont à examiner : ou l'on fait un massage superficiel, ou l'on fait un massage profond. Le massage superficiel produit une hypertension artérielle. Il a alors les mêmes effets que le massage général. Le massage profond, au contraire, de beaucoup le plus important, abaisse la tension artérielle et amène aussi une diminution du nombre des pulsations.

Comment se produit cette diminution de pression artérielle et quels en sont les résultats au point de vue kynésithérapique.

Des expériences de Colombo et Romano (1), il résulte que le massage profond dilate les vaisseaux viscéraux de l'abdomen et par le fait, amène un dégagement plus ou moins complet des vaisseaux périphériques (les vibrations profondes sont ici employées de préférence). Cet état pourrait être comparé aux phénomènes qui se produisent lors de la ponction faite à un ascitique ou à un malade atteint de pleurésie. Dans ce cas, il se produit par une autre cause cependant (l'aspiration) une vaso-dilatation du sys-

1. Thèse, Paris, 1895. *Effets dynamiques du massage abdominal.*

tème veineux profond et un appel, quelquefois même trop brusque du sang artériel qui amène une diminution de pression qui peut être très forte. Nous comprenons alors facilement le rôle décongestionnant si utile du massage abdominal dans tous les cas où il y a hypertension artérielle (c'est là surtout qu'il fait merveille) : pléthore abdominale dans les intoxications alimentaires, dyspepsies congestives, dysménorrhée, troubles de la ménopause, suites d'opérations abdominales, sont de ce fait, heureusement influencés.

En résumé le massage peut produire une vasodilatation des vaisseaux viscéraux profonds, d'où diminution de la tension artérielle par appel central, heureuse influence sur l'élasticité des vaisseaux, accélération du cours du sang, soulagement du cœur.

L'action du massage abdominal se manifeste également par la diurèse. Les échanges de l'économie sont en effet activés et Cautru dit que la diurèse ne saurait faire exception alors que le suc gastrique et le suc intestinal sont améliorés en quantité et en qualité par un massage bien fait.

Action sur l'élément glandulaire.

Il résulte des travaux très documentés de Cautru que le massage a une influence très manifeste sur l'action glandulaire de l'estomac. Il excite la sécré-

tion glandulaire de l'estomac et arrive à produire un équilibre parfait entre la fonction vasculaire (chlorurie) et la fonction glandulaire (chlorhydrie) : équilibre nécessaire pour l'acte de la digestion et son évolution.

Dans les conclusions de sa thèse, Cautru dit :

« Le massage agit sur l'élément glandulaire et modifie le chimisme. En effet :

1° Il tend à rapprocher les valeurs exprimées en chiffres des chiffres correspondants du chimisme normal ;

2° Il rétablit l'équilibre dans l'ensemble du chimisme, abaissant les valeurs trop élevées, élevant les valeurs insuffisantes ;

3° Il agit sur les troubles évolutifs en augmentant et en régularisant d'une façon constante et manifeste l'évolution de la digestion. » (1).

Action sur le rétablissement de l'équilibre intra-abdominal.

L'équilibre intra-abdominal est un point excessivement important en massothérapie (cf. *Déplacement pathologique et neurasthénie*) et c'est certes celui qui nous a le plus particulièrement occupé depuis que nous étudions le massage abdominal. Comme

---

1. Cautru. *De l'emploi des agents physiques dans le traitement des dyspepsies.*

nous l'avons vu dans l'étude de la neurasthénie, la destruction de cet équilibre produit les accidents les plus divers et les plus nombreux. Son retentissement sur le système nerveux est très grand. D'un autre côté, la coprostase qu'entraîne toute entéroptose, la stercorémie qui peut en résulter avec son retentissement sur le foie et sur le rein qui se décèle par l'albumine dans les urines, ne sont pas les moindres accidents faisant suite à l'entéroptose.

Le massage abdominal agit directement en remettant en place les organes ptosés, en redonnant à la longue de la tonicité à leurs mésos, en tonifiant la paroi abdominale, en tonifiant les organes eux-mêmes par l'activité circulatoire, en tonifiant enfin les tissus environnants. Il doit être de plus aidé par le port d'une sangle destinée à soutenir et maintenir en place les viscères abdominaux.

La cure de Weir Mitchell rend certes de grands services, mais sans le massage de l'abdomen et le massage général, l'embonpoint obtenu est de mauvais aloi : trop de graisse, pas assez de muscles.

Et d'ailleurs, peut-on obtenir par la cure de Weir Mitchell un embonpoint et un état général satisfaisants sans le massage : nous examinerons ce point en détail dans le chapitre de l'emploi du massage dans la neurasthénie. Disons tout de suite cependant que ce traitement seul ne pourra réussir que dans les neurasthénies essentielles sans troubles mésogastriques appréciables, et, là encore, nous donnons le pas au traitement psychologique comme Pierre Janet le fait

dans l'hystérie. Nous associerons tout au moins les deux traitements.

L'effet du massage a enfin, comme l'ont montré le professeur Gilbert et M. de Frumerie, une action indirecte sur les sécrétions hépatique, pancréatique et rénale. Il influence, en effet, les sécrétions de ces organes par son action directe sur la circulation, diminuant la congestion hépatique ainsi que les troubles de l'excrétion et de la sécrétion biliaire.

CHAPITRE II

De l'emploi du massage dans certains cas particuliers.

A. — *Neurasthénie et entéroptose.*

Nous avons eu l'occasion, depuis plusieurs années que nous nous occupons de massage, de soigner un certain nombre de neurasthéniques. Nous devons à l'obligeance de nos amis, des relations nombreuses de traitement de la neurasthénie. A Genève, à Divonne où nous avons séjourné, nous avons pu en voir traiter de nombreux cas. Et nous en profitons pour remercier ici le Dr Bourcart de l'amabilité et de l'empressement qu'il a toujours témoignés à notre égard.

Trois traitements sont actuellement employés dans cette maladie sur laquelle on a tant écrit : « Neurasthénie par ci, neurasthénie par là, neurasthénie partout ! c'est la maladie à la mode », disait Arndt. Il fut de bon ton d'être neurasthénique comme il était de bon ton d'avoir « le mal du siècle » il y a quelque quarante ans. On cultiva la neurasthénie dans l'amour. La sentimentalité maladive a dominé toute une épo-

que. Que de termes on employa pour désigner ce trouble le plus souvent d'origine gastrique : depuis les affections vaporeuses de Panum jusqu'au nervosisme de Bouchut.

Contre cette intéressante maladie, que Beard croyait propre au tempérament et au caractère américain, Weir Mitchell proposa sa cure d'isolement, de repos, de suralimentation. A coup sûr, ce traitement a produit des effets et de bons effets dans de nombreux cas. Le repos, une bonne alimentation, l'absence de soucis qui peuvent être indiqués dans toute affection mésogastrique doivent être appelés forcément à produire ici des résultats. Ce traitement était destiné à redonner « la doublure et le capitonnage » selon l'expression de Bottey que nous avons déjà citée. Mais sans le massage général et abdominal, l'embonpoint qui est la première étape vers la guérison n'est pas de bon aloi. Il y a trop de graisse et pas assez de muscles. Il faut le massage pour tonifier et remettre les organes en place.

Le repos, l'alitement même conseillé parfois, la suralimentation suffiront-ils seuls, également, à rétablir l'équilibre intra-abdominal dont la destruction est la première cause du mal, et à supprimer la coprostase, cause seconde si importante ? Et ce repos exagéré, cet alitement surtout, n'est-il même pas peut-être contre-indiqué. Pour notre part, nous préférons de beaucoup à l'alitement les exercices de gymnastique modérés et bien conduits, dirigés

par quelqu'un de compétent (système Wide et Bourcart).

L'alitement, en effet, ne diminue-t-il pas les forces et n'amène-t-il pas souvent à un état d'affaiblissement marqué? En tous cas ce repos, comme plus haut déjà nous l'avons dit, s'il n'est associé au massage redonnera peut-être avec la suralimentation de l'embonpoint au malade, mais de l'embonpoint factice.

Le second traitement employé est l'hydrothérapie. Nous n'ignorons pas les avantages de l'hydrothérapie et sur les maladies nerveuses et sur certaines maladies de l'estomac. Ce traitement est certainenement très bon pour les neurasthénies essentielles d'origine nerveuse; mais pour les neurasthénies dérivant de troubles gastro-intestinaux il ne produira que peu d'effets et on pourra lui faire les mêmes reproches qu'au traitement de Weir Mitchell.

Et, il nous paraît tout naturel d'avoir recours au traitement par le massage qui va prendre le mal dans sa cause même. On veillera surtout à rétablir l'équilibre intra-abdominal et à faire porter entre les séances une sangle qui maintienne les organes dans leur place propre. On fera du massage profond pour activer d'une part la circulation, pour tonifier d'autre part. Par le pétrissage circulaire, on réveillera les mouvements péristaltiques, agissant ainsi sur la constipation si fâcheuse en pareil cas. On fera du massage général également pour renforcer et tonifier chaque partie de l'organisme. On fera bien

enfin d'associer au traitement la gymnastique, pratiquée au début du traitement avec la plus grande modération.

Nous sommes naturellement d'avis, en concordance d'idées ici avec beaucoup de praticiens, Bourcart par exemple, qu'en même temps que le massage on doit faire sinon de la suralimentation, au moins, faire suivre un régime reconstituant. Si l'état d'amaigrissement persiste le massage ne pourra produire qu'un bien passager. On doit toujours avoir en vue le mot de Bottey dont nous avons parlé.

Rétablir l'équilibre abdominal, tonifier l'organisme, activer la circulation et le péristaltisme doit être la triple action du traitement kynésithérapique dans la neurasthénie et l'entéroptose.

Constipation chronique.

Que la constipation dérive d'ordre mécanique ou d'ordre physiologique normal ou pathologique, ou qu'elle fasse partie des causes de constipation que Nothnagel range sous la rubrique de constipation vulgaire, elle passe rapidement à l'état chronique. La parésie intestinale devient de l'atonie. Elle relève dans tous les cas du massage abdominal. Traitée au début alors que la tunique musculaire intestinale n'est pas encore beaucoup atteinte, elle donne de merveilleux résultats. A la phase où l'intestin est devenu atone et ne réagit plus, le traitement

alors doit être longtemps appliqué pour obtenir le même résultat.

De quelles manœuvres doit-on se servir. Toutes les manipulations excitantes peuvent servir, les énumérer ici à nouveau ne serait que des redites ; et notre technique spéciale décrite dans la deuxième partie de notre travail qui s'applique d'une façon plus particulière au massage du paquet intestinal, convient parfaitement ici.

C'est aux mêmes manipulations, mais exécutées superficiellement et avec infiniment de délicatesse et de légèreté au commencement surtout, que l'on s'adressera pour soigner l'entérite chronique. Il nous faudra dans ce cas nous adresser aussi à la tunique musculaire rendue ici insuffisante par la transsudation séreuse.

Maladies de l'estomac.

D'après Cautru, les maladies de l'estomac relèveront à coup sûr du traitement par le massage toutes les fois qu'il n'y aura pas hyperpepsie générale avec digestion accélérée. Les observations originales de la thèse de Cautru que nous donnons, montrerons mieux que toutes les paraphrases et l'emploi judicieux et le rôle du massage dans les affections de l'estomac.

Nous avons relaté, déjà, au rôle physiologique du massage sur les glandes, l'action du massage sur le système glandulaire de l'estomac. Cette action fait

parfaitement apprécier le rôle que peut rendre le massage dans les dyspepsies. Ces résultats ont été scientifiquement démontrés par les analyses chimiques faites dans le service de M. le professeur Hayem par Cautru.

Dans toute dilatation de l'estomac, on aura à se rendre compte et de la faiblesse de la musculature stomacale, et de l'altération de la région pylorique d'ordre organique ou nerveuse. Le mode opératoire de M. de Frumerie nous paraît des meilleurs : masser très peu la poche stomacale, traiter la région pylorique par des vibrations prolongées.

La dyspepsie hypopeptique, l'apepsie complète relèvent de mouvements stimulants superficiels ou profonds.

La dyspepsie chloro-organique avec ralentissement de la digestion relève des vibrations calmantes superficielles et stimulantes profondes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Neurasthénie avec entéroptose.

Berthe M..., vingt-deux ans, traitée depuis trois ans pour neurasthénie. A suivi les différents traitements habituels. Pendant six mois le traitement de Weir Mitchell a été appliqué dans oute sa rigueur, dans une clinique spéciale, sans amener aucun changement appréciable. Pendant l'hiver de cette première année, la malade n'a suivi aucun traitement et a voyagé une partie de son temps.

La seconde et la troisième année, la malade a suivi le traitement hydrothérapique à Divonne durant l'été, sans amener toujours de résultats probants. Vu la continuité de cet état maladif, on mena la malade consulter à L... un docteur masseur spécialiste.

Examen approfondi à ce moment.

Antécédents héréditaires. — Rhumatisants et arthritiques.

Antécédents personnels. — Dès l'âge de quatorze ans la malade a été soignée pour anémie pendant deux ans, par les toniques amers et le protoxalate de fer. A ce moment Mlle M... commença à perdre tout appétit et présenta des crises gastriques (diagnostiquées d'origine nerveuse) qui furent soignées par le bromure de potassium longtemps prolongé (1 gramme chaque

soir dans une infusion de tilleul). A cette époque, insommies fréquentes et réveil le matin vers 2 heures.

C'est devant l'état empirant de la malade qu'on lui fit suivre successivement le traitement de Weir Mitchell d'abord, puis le traitement hydrothérapique cité plus haut.

Etat actuel de la malade. — Interrogatoire : Mlle M... présente des crises gastriques fréquentes, des douleurs dans l'hypocondre droit, des insomnies et une constipation très opiniâtre. La malade est très nerveuse et pleure à la moindre contrariété. Elle mange très peu, parce que, dit-elle, elle n'a jamais faim. Elle est plongée dans des idées noires et présente un caractère très changeant et impressionnable. La malade n'a pas de rétrécissement du champ visuel, ni d'autres signes hystéro-nerveux. Aménorrhée.

Examen. — Mlle M... présente un état d'amaigrissement très grand (taille 1 m. 65, poids 36 kgr.). Rien au cœur, rien aux poumons. Le palper abdominal méthodique, viscère par viscère, fait trouver les phénomènes suivants :

Le rein droit est légèrement mobile, l'angle droit du côlon est situé à deux travers de doigt au-dessous de l'extrémité antérieure de la onzième côte. Le côlon transverse se trouve à près de quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; l'estomac présente une faible dilatation et n'est pas douloureux à la pression épigastrique. Par suite de l'amaigrissement on sent très bien battre l'artère aorte abdominale. Le cœcum est dilaté et plein de matières assez dures, le côlon transverse, au contraire, présente l'aspect classique de la corde côlique. Peu de matières dans l'S iliaque et le côlon descendant. Angle gauche du côlon à sa place normale. Paroi abdominale mince mais solide.

Le traitement massothérapique est institué et l'on s'efforce de suralimenter la malade. Pas de médicaments. Port d'une sangle de Glénard. Au bout de deux mois de traitement l'état de la malade est considérablement amélioré. Mlle M... ne souffre plus de l'estomac ni de son point de côté, le poids a augmenté de 5 kilogrammes, le caractère est changé du tout au tout, les menstrues ont fait leur réapparition et la malade va régulièrement chaque jour à la garde-robe.

L'examen pratiqué à ce moment montre un côlon transverse au niveau de l'ombilic, la palpation ne permet plus de sentir le rein mobile.

Depuis deux ans l'état de Mlle M... est normal, elle a toujours continué cependant à faire à époques espacées des traitements de massages de quinze jours ou trois semaines.

Manipulations massothérapiques employées pendant le traitement :

1° Vibrations du rein ;

2° Vibrations profondes ;

3° Pétrissage.

1. Chaque séance commençait naturellement par le refoulement en haut de l'angle hépato-côlique et du côlon transverse.

OBSERVATION II (1).

Gastrite hypopeptique.

M. X..., vingt-cinq ans.

Antécédents personnels. — Entre huit et onze ans a eu deux fois la scarlatine et deux fois la rougeole.

1. Thèse de Cautru. Paris, 1894, n° 114.

Bien portant jusqu'en 1890, époque à laquelle il fit son volontariat. Pendant une période de manœuvres, il eut une insolation à laquelle succéda un embarras gastrique fébrile dont il guérit assez rapidement.

Depuis cette époque, les digestions furent de temps à autre assez pénibles : l'appétit était conservé, mais après les repas, ballonnement, renvois ; il semble au malade que l'estomac est engourdi et comme paralysé. Diarrhée qui le plus souvent apparaît subitement, peu de temps après les repas.

Juillet 1892. — Tous ces phénomènes s'accentuent: A la diarrhée succède une constipation opiniâtre, le malade accuse des faiblesses d'estomac, l'état général est mauvais : amaigrissement, hypocondrie, travail physique ou intellectuel à peu près impossible. Sommet gauche douteux (submatité, râles sibilants, expiration prolongée et saccadée).

Dilatation d'estomac, clapotage.

Un tubage donne les résultats suivants :

$T = 0{,}350$ $H = 0$ $A = 0{,}145$

$F = 0{,}211$ $C = 0{,}131$ (0,131) $\alpha = 1{,}10$

$\frac{T}{F} = 1{,}6$ 1er juillet 1892.

Liquide assez abondant, épais. Pep. assez abond. Syntonine. Résidu incolore. Pas d'acides gras.

M. Hayem, consulté, ordonne : Massages et électrisation faradique de l'abdomen, quinze lavages d'estomac à l'acide salicylique au millième, régime approprié au type chimique.

Octobre. — La constipation a complètement disparu.

Second tubage :

$$T = 0{,}350 \quad H = 0{,}018 \quad A = 0{,}170$$
$$F = 0{,}211 \quad C = 0{,}143 \quad \left.\begin{matrix} \\ \end{matrix}\right\} 1{,}161 \quad \alpha = 1{,}06$$
$$\frac{T}{F} = 1{,}6$$

Liquide abondant, peu muqueux. Pep. assez abond. Pas de syntonine. Résidu coloré, pas d'acides gras.

Décembre. — A ce moment seulement, le malade ressent une véritable amélioration. On continue par séries le traitement au moyen des divers agents physiques locaux et généraux : massages de l'abdomen, promenades à cheval, douches, etc. Pas de médicaments.

Février 1893. — Le malade a une rechute à la suite d'un voyage en Angleterre. Les symptômes du début reparaissent, mais ne persistent pas et il se produit rapidement une nouvelle amélioration.

12 avril 1893. — Troisième tubage (Peptones abondantes).

$$T = 0{,}375 \quad H = 0{,}36 \quad A = 0{,}253$$
$$F = 0{,}142 \quad C = 0{,}197 \quad \alpha = 1{,}01$$
$$\frac{T}{F} = 2{,}64 \quad H + C = 0{,}233$$

Liquide abondant, 120 centimètres cubes Pept. abond. Résidu fortement coloré. Pas de syntonine. Réaction douteuse de l'acide butyrique. Depuis cette époque l'amélioration persiste. Le poids a augmenté de quinze livres. Rien à l'auscultation. Les digestions sont bonnes, les selles régulières. De temps à autre, cependant, le malade se plaint de faiblesses d'estomac qui disparaissent complètement à Royat où, outre la cure d'eaux, il est soumis à l'électricité statique.

OBSERVATION III (1).

Gastrite hypopeptique.

Mme R..., trente-cinq ans.

Antécédents héréditaires — Père mort d'une maladie de foie. Albuminurique. Asthmatique.

Frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Rien jusqu'à vingt-quatre ans. A cette époque fièvre typhoïde, depuis laquelle la malade se plaint de mauvaises digestions, gonflement de l'estomac après le repas, impossible de digérer les aliments gras.

Janvier 1891. — Influenza à forme gastrique et pulmonaire Pendant cette maladie la langue est sale et rôtie. Depuis cette époque, les maux d'estomac, jusqu'alors supportables, deviennent beaucoup plus sérieux, l'appétit est nul, le gonflement de l'estomac augmente et se produit après chaque repas ; les légumes, surtout les légumes lourds, tels que les choux, ne sont pas digérés (les asperges sont digérées plus facilement).

Mai 1891. — Mme R... commence à ressentir une douleur très vive au creux épigastrique avec point rachidien correspondant.

Après le repas il existe un clapotement stomacal perçu par la malade. Pas de constipation. Il survient au contraire à cette époque une diarrhée persistante et l'état général devient mauvais. Amaigrissement. Un médecin, consulté, institue le traitement rigoureux de la dilatation et administre bétol, magnésie, pepsine, fer, opium. La maladie semble s'aggraver.

Juillet 1892. — La malade a un embarras gastrique fébrile

1. Thèse de Cautru.

Il lui a semblé qu'à la suite de cette maladie aiguë elle se trouvait améliorée.

Novembre 1892. — A cette époque commencent à se manifester les symptômes très caractérisés de la neurasthénie, insomnies, casque, phobies (en particulier la peur de rester seule et la peur des maladies épidémiques), aboulie, réveils en sursaut la nuit, exagération des réflexes, émotivité exagérée. Les règles ont un retard de sept jours pendant lesquels la malade a des hémoptysies. Elle n'a jamais toussé.

13 février 1893. — Mme R... consulte Peter qui diagnostique : Débilité générale, prédominante dans l'appareil digestif, mais sans aucune lésion organique ; il ordonne des frictions calmantes sur la région épigastrique et prescrit du lait et de la viande crue, teintures amères avant le repas et acide chlorydrique après. Au début de ce traitement la malade est améliorée, sa diarrhée diminue, elle se sent un peu plus forte mais cette amélioration ne persiste pas et le 5 juin 1893 la malade entre à l'hôpital Dubois, dans le service du Dr Lecorché.

5 juin 1893. — On a constaté à l'entrée tous les signes de la dilatation de l'estomac qui descend à plusieurs travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Appétit nul, renvois aigres, surtout quand la malade mange du pain, gonflement après le repas, etc. Pas de constipation, selles normales. On constate au cœur un dédoublement du second temps à la pointe avec roulement présystolique (rétrécissement mitral pur de Durozier). Rien aux poumons, léger état neurasthénique, mauvais état général.

Urines. — Acides, se troublant par refroidissement et laissant un dépôt abondant d'urates et de phosphates ; ce dépôt disparaît par la chaleur et l'acide nitrique.

Densité 1040. Quantité normale.

Ni sucre, ni albumine. Au microscope, nombreux cristaux de phosphate. Hématies, leucocytes, mucus, cellules épithéliales.

Suc gastrique :

$$\left.\begin{array}{ll} T = 390 & H = 0{,}000 \\ F = 135 & C = 255 \end{array}\right\} 255 \qquad \left.\begin{array}{l} A = 201 \\ \alpha = 0{,}78 \end{array}\right.$$

$$\frac{T}{F} = 2{,}88$$

8 juin 1893.

Liquide, 80 centimètres cubes. Pept. moy. abond. Syntonine.

Résidu non coloré. Pas d'acides gras.

Le traitement consiste en une douche tiède tous les matins, suivie d'une friction à l'eau de Cologne, et en une séance chaque jour d'électricité faradique externe et de massages de la région de l'estomac. Le soir, 2 grammes de bromure pour faire disparaître l'insomnie neurasthénique ; au début régime lacté intégral.

Sous l'influence de ce traitement la maladie s'améliore rapidement. Après chaque séance de massages les douleurs disparaissent, la malade éprouve une sensation de bien-être, et au bout d'une semaine elle commence à manger ; les digestions sont faciles, et au moment de sa sortie elle a augmenté de quelques livres. Un second tubage donne les résultats suivants :

$$\left.\begin{array}{ll} T = 306 & H = 0{,}11 \\ F = 87 & C = 208 \end{array}\right\} 219 \qquad \left.\begin{array}{l} A = 201 \\ \alpha = 2{,}18 \end{array}\right.$$

$$\frac{T}{F} = 3{,}41$$

Liquide, 135 centimètres cubes. Pept. abond. Pas de syntonine.

Résidu coloré. Réaction douteuse de l'acide butyrique le 19 juillet 1893.

20 juillet. — La malade quitte l'hôpital très améliorée.

OBSERVATION IV (1).

Hyperpepsie chloro-organique.

Mme D..., quarante et un ans.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante, souffre de l'estomac depuis sept ans.

Père mort paralysé.

Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Rien à signaler jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, époque à laquelle débuta la maladie actuelle. Cette maladie, qui survient après un accouchement, s'est manifestée par des crampes d'estomac suivies de vomissements et d'évanouissements. La constipation était opiniâtre.

Pendant cinq ans, la malade eut chaque année cinq ou six crises semblables ; elle vit plusieurs médecins, prit des quantités de médicaments, se soumit à tous leurs régimes sans obtenir de soulagement durable.

Année 1890. — La malade est très affaiblie, les digestions sont pénibles, les crises reviennent périodiquement tous les mois (semblables en tout à une crise violente de coliques néphrétiques).

Année 1891. — Les crises sont encore plus fréquentes, elles se manifestent toujours de la même façon, par une vive douleur

1. Thèse de Cautru.

au creux épigastrique, ballonnement après le repas, parfois évanouissement, sensation de froid intense durant deux heures, quelquefois plus. La malade ne peut plus prendre que du lait et des œufs ; quand elle essaie de manger autre chose une crise se produit.

25 février 1893. — Nous voyons la malade pour la première fois. On constate tous les signes de la dilatation de l'estomac (clapotage trois heures après les repas, se percevant au-dessous de l'ombilic).

Mme D... a de l'appétit, mais elle n'ose manger à cause des douleurs qui suivent l'ingestion des aliments, elle ne prend que du lait et des œufs, et même après les repas il y a du ballonnement accompagné de douleurs. La constipation est opiniâtre.

28 février. — Un tubage fait à cette date donne les résultats suivants :

$$T = 394 \qquad H = 0 \qquad A = 161$$
$$F = 156 \qquad C = 238 \qquad \alpha = 0{,}67 \qquad (238)$$
$$\frac{T}{F} = 2{,}52$$

Liquide, 150 centimètres cubes Pept. moy. abond. Syntonine. Résidu non coloré. Pas d'acide gras (28 février 1893).

1er mars. — Première séance de massage de l'estomac et de l'intestin, superficiel d'abord, profond ensuite. Ce massage est fait régulièrement tous les deux jours, trois heures après le repas de midi. La malade étant très nerveuse, on prescrit une douche froide chaque matin suivie de frictions au gant de crin.

Régime. — 7 mars. — Mme D... essaie de manger de la viande, mais la digestion en est très pénible ; ce jour-là et les jours suivants elle se réveille à la même heure, entre une heure

et deux heures du matin en proie à de vives douleurs d'estomac.

18 mars. — Mieux sensible ; la malade va plus facilement à la selle, elle a pu, la veille, manger de la viande et digérer sans trop de difficultés.

28 mars. — Selle spontanée. La malade mange, paraît digérer, mais se réveille encore toutes les nuits entre une heure et deux heures du matin en proie à des crampes d'estomac.

29 mars. — Pour la première fois qu'elle mange de la viande aux deux repas, Mme D... a passé une excellente nuit, sans se réveiller. Les jours suivants les douleurs se manifestent de nouveau à l'occasion de l'apparition des règles.

Avril 1893. — Etat stationnaire, la malade mange bien, mais se réveille de temps à autre pendant la nuit, toujours à la même heure, souffrant de l'estomac. Les règles avancent de quelques jours depuis le massage et Mme D... nous fait remarquer qu'à ce moment-là, comme toujours d'ailleurs, la constipation disparaît pour reparaître après les règles.

Mai 1893. — Mme D... va de mieux en mieux malgré quelques rechutes. Les règles avancent de dix jours.

Juin 1893. — La malade a une sciatique qui la maintient un mois au lit et disparaît au moment des règles. Pendant ce temps les digestions se font bien, elle mange de tout, entre autre choses des haricots verts en salade, des choux-fleurs et d'autres mets qu'elle ne pouvait plus digérer depuis le début de sa maladie.

Juillet 1893. — La constipation a complètement disparu, l'appétit est bon, les digestions, quelquefois un peu lentes, se font cependant bien.

Août 1893. — Deuxième tubage qui donne les résultats suivants :

$$T = 452 \quad H = 0{,}025 \quad C = 267 \Big\} 292 \quad A = 269 \quad \alpha = 0{,}91$$
$$F = 160$$
$$\frac{T}{F} = 2{,}82$$

Liquide, 60 centimètres cubes. Pept. moy. abond. Syntonine. Résidu coloré. Pas d'acides gras le 12 août 1893.

Mme B... part à la campagne.

Octobre 1893. — L'état général est excellent, la malade a augmenté de 10 livres, la constipation paraît revenir depuis la suppression des massages ; il y a encore un peu de clapotage de l'estomac dont la limite inférieure descend à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Depuis le début du traitement la malade n'a pas eu une seule crise de gastralgie.

OBSERVATION V (1).

Hyperpepsie chloro-organique.

Mlle F..., vingt-huit ans (Le Raincy).

Antécédents héréditaires. — Grand'mère morte d'un cancer à l'estomac.

Père souffrant depuis vingt-cinq ans d'une affection stomacale.

1. Thèse de Cautru.

Un frère dyspeptique, alcoolique.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance rougeole et variole. A vingt et un ans, métrite dont elle a toujours souffert depuis; douleurs de reins, de ventre, pertes blanches glaireuses).

23 octobre 1893. — Pour cette affection elle entre à l'hôpital Dubois.

5 octobre 1893. — Curettage fait dans le service de M. le Dr Segond, où elle est entrée et où nous l'examinons. La malade se plaint de crampes d'estomac datant du mois d'août dernier et paraissant dues à l'ingestion de bromure de potassium.

L'appétit est conservé, mais la malade n'ose manger car aussitôt après l'ingestion des aliments il lui semble qu'elle va étouffer, les douleurs au niveau du creux épigastrique sont très vives et s'irradient le long du sternum. Pendant ce temps elle est très pâle et a le visage couvert d'une sueur froide. Ces douleurs durent, plus ou moins vives, pendant deux heures après chaque repas.

Pas de renvois. Selles régulières. L'estomac est légèrement dilaté. La malade est très nerveuse et a quelques stigmates d'hystérie (zone hystérogène, boule hystérique). La préoccupation continuelle de sa maladie de matrice, dont elle souffre depuis quatre ans, l'a rendue neurasthénique. Depuis trois mois, douleurs fulgurantes, idées de suicide, réveils en sursaut dans le premier sommeil avec sensation de chute. Sommeil rare et troublé par des cauchemars; plusieurs fois pendant la nuit la malade se réveille en sueur, se croyant aux prises avec des voleurs, ou attaquée par des animaux féroces (lions, panthères, etc.).

Le tubage de l'estomac donne au bout d'une heure les résultats suivants :

$$T = 0{,}317 \quad H = 0 \quad F = 0{,}087 \quad C = 0{,}230 \quad 0{,}230 \quad A = 0{,}165 \quad \alpha = 0{,}71$$

$$\frac{T}{F} = 3{,}88$$

Liquide (60 centimètres cubes). Pept. moy. abond. Syntonine.

18 octobre. — Première séance de massage faite de suite après le repas du soir, au début de la crise douloureuse. Après un quart d'heure de massage doux, sédatif, la douleur a complètement disparu, la malade éprouve un grand bien-être qui la met dans un état de gaîté inaccoutumée. Deux heures après le massage, la douleur apparaît mais très légèrement, sans empêcher la malade de se rendormir.

19 octobre. — Deuxième massage fait immédiatement avant le déjeuner. La malade souffre à peine après le repas, et le soir, bien qu'il n'y ait pas eu de massage, la douleur est également moins forte.

21 octobre. — Massage après le repas du soir : après dix minutes, la douleur, qui avait légèrement reparu, cesse pour ne plus reparaître de la soirée, la malade reste gaie jusqu'au moment de s'endormir et dort d'un sommeil calme.

30 octobre. — La malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION VI (1).

Atonie gastro-intestinale (*Hypopepsie*). — *Neurasthénie*. — *Entérite muco-membraneuse*.

M. X..., trente et un ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à soixante ans, probablement d'un épithéliome utérin.

1. Thèse de Cautru.

Père mort d'apoplexie à cinquante-neuf ans.

Deux sœurs mortes en bas âge.

Antécédents personnels. — Variole volante. Fièvre des marais de 1870. Ces fièvres ont duré dix-huit mois.

Décembre 1891. — Influenza à forme gastro-intestinale à la suite de laquelle le malade fut pris d'épuisement général. Impossibilité plus ou moins complète de travailler longtemps, puis maux d'estomac qui débutent par : lenteur des digestions, ballonnement, renvois après les repas, alternatives de diarrhée et de constipation. Le malade continue cependant, tant bien que mal, à vaquer à ses occupations. Pendant ce temps, il consulte plusieurs médecins ; à la suite de chaque nouveau traitement, il éprouve une amélioration pendant une quinzaine de jours, puis il retombe.

Juillet 1892. — M. X... prend un mois de vacances, ce qui le remet un peu. En octobre, novembre, décembre le malade se sent beaucoup mieux à la suite d'un traitement énergique de la dilatation de l'estomac, mais en janvier les signes s'aggravent de nouveau ; il vient à Paris et nous le voyons pour la première fois en février 1893.

Février 1893. — Le malade est atteint de la triade symptomatique, si fréquente : dilatation de l'estomac, constipation, neurasthénie.

L'appétit est diminué, les digestions sont lentes, pénibles, la limite inférieure de l'estomac descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic où l'on perçoit, trois heures après le repas, du clapotage ; la constipation est opiniâtre, le malade n'allant depuis longtemps à la selle qu'à l'aide de médicaments les plus variés. Il y a du clapotage, colique, toute la région de l'abdomen est douloureuse, cette douleur étant plus aiguë

dans certaines régions et l'on a la sensation de ces états de spasmes, de contractures localisées (affection décrite par M. le Dr Cuffer dans sa leçon sur l'atonie gastro-intestinale (1).

Cette constipation de temps en temps est interrompue par des débâcles. Quant aux phénomènes neurasthéniques, ils sont caractérisés par une lassitude générale, impossibilité complète de se livrer à aucun travail cérébral ou physique, sentiment de désespoir, d'énervement, d'excitabilité extrême, longues insomnies et réveils bruyants avec sensation de chute dans le premier sommeil. Le malade pèse 57 kilogrammes.

Un tubage fait le 25 février 1893 donne les résultats suivants.

$$\left.\begin{array}{ll} T = 361 & H = 0{,}018 \\ F = 167 & C = 0{,}176 \end{array}\right\} 194 \qquad \begin{array}{l} A = 161 \\ \alpha = 81 \end{array}$$

$$\frac{T}{F} = 2{,}22$$

Liquide 110 centimètres cubes. Pep. moy. abond. Résidu coloré. Pas d'acides gras, 25 février 1893.

M. X... est mis au traitement suivant :

Régime. — Massage général précédé d'une douche froide. Massage local avec électrisation faradique. Bromure le soir pour combattre l'insomnie neurasthénique. A la suite de ce traitement il s'améliore assez rapidement, mange de meilleur appétit, la pesanteur d'estomac diminue et il dort beaucoup mieux.

9 mars. — Les selles sont presque régulières, la région de l'intestin est moins douloureuse au massage qu'au début.

Même état nerveux. Très surexcité, mais bon appétit et bonnes digestions. Augmentation de poids.

11 mars. — Second tubage:

1. *Bulletin médical*, 1893, p. 421.

$$T = 356 \quad H = 0{,}026 \quad A = 168$$
$$F = 186 \quad C = 0{,}138 \quad \alpha = 1{,}02 \qquad 164$$
$$\frac{T}{F} = 1{,}88$$

11 mars 1893.

Liquide, 100 centimètres cubes. Peptones moyennement abondantes. Résidu coloré. Pas d'acides gras.

Le malade passe par des alternatives d'amélioration et de rechutes légères et on refait un troisième tubage qui donne les résultats suivants :

$$T = 339 \quad H = 0{,}022 \quad A = 201$$
$$F = 160 \quad C = 0{,}157 \quad \alpha = 1 \qquad 179$$
$$\frac{T}{F} = 2{,}11$$

6 mai 1893.

Liquide, 100 centimètres cubes. Peptones moyennement abondantes, syntonine. Résidu coloré. Pas d'acides gras.

(Ce tubage est peu différent du premier, malgré une amélioration notable de la dyspepsie, mais il convient d'ajouter que le malade venait d'avoir la grippe avec angine herpétique. Cependant la diminution de la valeur T, indique une irritation moins grande de l'estomac).

2 juillet. — M. X..., qui, depuis quelque temps déjà, se plaint de douleurs dans le ventre, de sensations de barre, de pincements, s'aperçoit que dans ses matières se trouvent des sortes de peaux grisâtres, des glaires et quelques filets de sang (en somme tous les signes de l'entérite muco-membraneuse). Le malade prend de l'eau de Châtel-Guyon, des lavements boriqués et à la fin du mois, part aux bains de mer d'où il revient en octobre.

Octobre. — A ce moment il a augmenté de 10 livres, l'estomac est absolument normal, il y a encore de l'entérite muco-membraneuse et les douleurs d'intestin sont quelquefois tellement fortes qu'elles l'empêchent de marcher, il peut à peine faire 200 mètres sans être obligé de s'asseoir.

Même traitement que précédemment, on y ajoute un massage doux, superficiel de la région intestinale qui améliore rapidement le malade.

14 décembre 1893. — Un troisième tubage donne les résultats suivants :

$$T = 0{,}379 \qquad H = 0{,}80 \qquad A = 0{,}165$$
$$F = 0{,}181 \qquad C = 0{,}118 \qquad \alpha = 0{,}72$$
$$\frac{T}{F} = 2{,}09 \qquad HC = 0{,}198$$

Liquide, 120 centimètres cubes. Pept. moy. abondantes. Résidu très fortement coloré, pas d'acide gras (14 décembre).

OBSERVATION VII (Personnelle) (1).

Neurasthénie avec constipation.

Mlle R..., vingt-sept ans.

Neurasthénie avec dilatation de l'estomac. Ptose du côlon transverse. Etat habituel de constipation. La palpation révèle de nombreuses masses fécales dures au cœcum et à l'S iliaque

Samedi 3 février 1906. Premier massage. Pétrissage circulaire et vibrations profondes. Massage assez difficile dû à la

1. Prise dans le service de M. le professeur Hayem.

résistance de la paroi abdominale. La malade accuse quelques douleurs aux manipulations portant sur l'angle hépato-colique.

Pas de garde-robe, pourtant la malade se trouve très soulagée et mange et digère le 3 d'un bon appétit.

Dimanche 4. Deuxième massage (même méthode). — La paroi abdominale n'offre plus de résistance au massage, ventre moins dur. On arrive facilement à mobiliser dans le sens du péristaltisme, grâce aux contractions des fibres musculaires réveillées par les manipulations, les masses fécales. A la fin du massage la malade accuse un besoin d'aller à la garde-robe et un grand soulagement.

Lundi 5 février. — Massage, même méthode, en ayant soin de rétablir l'équilibre intra-abdominal en relevant le côlon transverse considérablement ptosé (deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic). La malade accuse un mieux généralisé, se sent le ventre moins ballonné et n'éprouve plus de lourdeurs au creux épigastrique.

Mardi 6 février. — Par deux fois la malade est allée hier à la garde-robe. Massage, même méthode. Nous constatons alors, d'après les déclarations de la malade, une chose très importante. Jusqu'alors chaque mois la malade avait des menstrues excessivement abondantes et douloureuses, dénotant un état congestif assez marqué du côté des organes génitaux.

La malade a commencé à avoir ses règles dimanche ; loin de s'abstenir de massage, nous les avons continués chaque jour et la décongestion des organes génitaux n'a pas tardé à se faire sentir et les règles de la malade ont été normales comme elle les avait il y a quelques années. D'après elle, ses menstrues ont diminué de plus de moitié, la durée a été de cinq jours et la malade n'a ressenti aucune douleur.

Mercredi 7. — A partir du mercredi le massage a amené chaque jour une abondante garde-robe. Le traitement a été continué encore environ quinze jours. Guérison.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

Constipation chronique.

Mme B..., cinquante-quatre ans.

Constipation très opiniâtre. Ne va depuis deux ans à la garde-robe que grâce à des lavements d'huile, des suppositoires et des capsules d'huile de ricin.

Samedi 3 février. — Premier massage, pétrissage circulaire et vibrations profondes du paquet intestinal. Ne prend aucun laxatif dans la journée. Vers minuit quelques coliques. A 2 heures du matin garde-robe abondante au grand étonnement de la malade, sensation de bien-être inaccoutumé. Le massage avait été difficile à cause de la résistance de la paroi. Fortes masses fécales dans le cœcum et côlon ascendant ainsi que dans l'S iliaque, ballonnement du ventre, tympanisme.

Dimanche 4 février. — Massage facile. Même méthode. Le ventre n'a plus son ballonnement habituel auparavant. La palpation ne révèle plus de masses dures. Le cours des matières dans le gros intestin s'effectue facilement. Gargouillement au cœcum et à l'S iliaque. La malade se sent beaucoup soulagée.

Lundi 5. — La malade n'a pas eu de nouvelle garde-robe, cependant elle accuse un mieux manifeste produit par le massage et surtout repose bien la nuit.

Massage, effleurage circulaire et vibrations profondes ; à la fin du massage la malade accuse un besoin d'aller à la garde-robe.

Mardi 6. — La malade va deux fois à la garde-robe sans défécation : ayant cru cependant chaque fois en sentir le besoin.

A midi elle prend un suppositoire et a une garde-robe ordinaire.

Mercredi 7. — Massage, même méthode ; à la fin du massage la malade accuse toujours la même envie d'aller à la garde-robe. Nous avons eu pendant le massage la sensation très nette des masses fécales mobilisées du cœcum jusqu'à l'S iliaque. Le côlon transverse est très appréciable à la palpation légèrement en ptose à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic.

A partir de ce jour la malade a presque tous les jours une garde-robe. Au bout d'environ quinze jours on cesse tout traitement. Vu l'âge et l'état antérieur chronique nous ne pouvons assurer avec aussi peu de massages un résultat durable.

CONCLUSIONS

Le massage abdominal est un des agents physiques dont nous pouvons retirer les plus grands services s'il est pratiqué scientifiquement. Il faut pour cela que le médecin ait appris à masser et qu'il soit guidé toujours et par la connaissance approfondie de la maladie et par un palper irréprochable.

Ses indications sont multiples.

Il compte parmi les agents décongestionnants les plus puissants.

Il agit d'une façon sûre et démontrée sur le système vaso-moteur.

Il permet de rétablir l'équilibre intra-abdominal qui est à la base de tout traitement massothérapique scientifique.

Il guérit la constipation dans les cas les plus variés et les plus rebelles à tous autres traitements.

Il amène toujours une amélioration marquée et souvent la guérison dans les cas de neurasthénie d'ordre gastrique.

Il a une influence très heureuse, comme Cautru l'a démontré, sur nombre d'affections stomacales.

Il doit ces indications à son action directe

a) Sur l'élément musculaire intestinal,

b) Sur le système nerveux,

c) Sur la circulation abdomino-pelvienne,

d) Sur l'élément glandulaire,

e) Sur la statique abdominale,

à son action indirecte par l'intermédiaire de la circulation

Sur les sécrétions hépatique, pancréatique et rénale.

Vu : le Président de la thèse,
DEBOVE

Vu : le Doyen.
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

PLANCHE I

Palpation et massage du cœcum et du côlon ascendant.

PLANCHE II

Palpation et massage de l'angle hépato-colique.
Vibrations du pylore.

PLANCHE III

Palpation et massage du côlon transverse.
Massage de l'estomac et du paquet de l'intestin grêle.

PLANCHE IV

Palpation et massage de l'angle gauche du côlon.

PLANCHE V

Palpation et massage du côlon descendant et de l'S iliaque.

PLANCHE VI

Sangle droite à renversé.

BIBLIOGRAPHIE

Arabian Haroutune. — Contribution à l'étude du massage du cœur dans la mort par le chloroforme. Thèse, Genève, 1903, nº 9.

Arnozan. — Thérapeutique.

Bergouignan. — Le traitement rénal des cardiopathies artérielles. Paris, 1902.

Berne. — Le massage manuel théorique et pratique. Paris, 1901.

Brunton. — Disordes of digestion. London, 1893.

Bum.— Handbuch der massage und Heilgymnastik. Vien., 1899.

Burkhart. — Zur pathologie der neurasthenica gastrica. Bonn, 1882.

Bourcart. Privat-docent, Genève. — Le ventre, Alcan, 1905.

— De l'action des vibrations manuelles sur les inflammations aiguës et subaiguës du péritoine. Extrait de la Revue médicale de la Suisse Romande, xxiv^e année, nº 12 (1904).

— De la réanimation par le massage sous-diaphragmatique du cœur en cas de mort par le chloroforme. Revue médicale de la Suisse Romande, 20 oct. 1903.

Boehm. — Ueber Wiederlebung bei Vergiftungen. Centralblatt f. die med. Vissenschaft, 1874, p. 321.

Batelli (Fr.). — Le rétablissement des fonctions du cœur et du système nerveux central après l'anémie totale. Journal de physique et de path., 1900, p. 443.

Cautru. — Traitement des dyspepsies par les agents physiques. Thèse, Paris, 1894.

— Action physiologique du massage de l'abdomen, ses indications en thérapeutique. Paris, 1897.

— Action diurétique du massage abdominal dans les affections du cœur. Communication à l'Académie de médecine. Paris, 1898.

— Du massage abdominal dans les différents cas d'hypertension artérielle. Paris, 1899.

— Massage abdominal. Ses indications dans les dyspepsies gastro-intestinales. Paris, 1901.

— Influence du massage abdominal dans le traitement de la diarrhée chronique. Discussion à la Société de thérapeutique. Paris, 26 mars 1902.

Constantinesco. — Thèse, Paris, 1898-1899, 633.

Cséri. — Die mecanische Behandlung des magens. Vien., 1890.

Csyrnianski. — Beiträge zur diagnostik und Therapie der Magenkrankheites. Vien., 1889.

Debove et Achard. — Maladies du système nerveux.

Doyen. — Chirurgie de l'estomac, 1895.

Eccles. — Massages as a means of treatment in chronic dyspepsie and in sleeplessness. London, 1887.

Einhorn. — Die Krankheiten des magens. Berlin, 1898.

Ekgren. — Untersuchungen und Beobachtungen über den Einfluss der abdominellen Massage aùf Blutdrück, Herzthætigheit und Puls sowie aùf die Peristaltik. Berlin, 1901.

Eltz. — Ueber die physiologische Wirkung der Darmmassage. Wien., 1892.

— Ueber die physiologische Wirkung der Mechanotherapie bei Constipation. Wien., 1893.

Frumerie (de). — Massage gynécologique (méthode Thure-Brandt). Paris, 1897.

— La Pratique du massage. Paris, 1901.

— Le massage direct du foie et des voies biliaires. Paris, 1901.

— Le massage pour tous. Paris, 1901.

— La gymnastique de chambre. Paris, 1903.

— Le massage abdominal. Paris, 1903.

Gilbert. — Maladies du foie. Paris, 1898.

Glénard. — Des ptoses viscérales. Paris, 1899.

— Neurasthénie et Entéroptose. Revue de médecine, 1887.

Hoffa. — Technik der massage. Stuttgart, 1897.

Hunerfauth. — Ueber die habituelle Obstipation und ihre Behandlung mit Elektricitat. Massage und Wasser. Wiesbaden, 1885.

Janet. — Le traitement psychologique de l'hystérie. Thérapeutique appliquée d'A. Robin.

Leven. — Estomac et cerveau. Paris, 1884.

Nothnagel. — Vortrag über die habituelle Obstipation. Wien., 1890.

— Die Erkrankungen des Darmsund des Peritoneums. Wien., 1895.

Poirier. — Traité d'anatomie humaine. Paris, 1900.

Romano. — Du massage abdominal. Revue des Sciences médicales. Paris, 1895.

Wide. — Handbok i medicinsk gymnastik. Stockholm, 1895.

Winter et Hayen. — Du chimisme stomacal. Paris, 1891.

Zabludowski. — Technik der massage. Leipzig, 1903.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS. 9

PRÉFACE. 13

HISTORIQUE. 17

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I. — Indications du massage. 19

CHAPITRE II. — Anatomie topographique normale de l'abdomen. 23

Estomac. 23

Intestin grêle. 25

Côlon. 26

Reins 28

CHAPITRE III. — Déplacements pathologiques et neurasthénie. 31

L'entéroptose. 33

Neurasthénie. 38

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I. — Le palper abdominal. 41

Chapitre II. — Les manipulations du massage. . . . 45
Massage superficiel. 46
Massage profond. 48
Chapitre III. — Technique spéciale du massage. . . 50
Du port d'une sangle droite. 54

TROISIÈME PARTIE

Chapitre I. — Les effets du massage abdominal. . . . 60
Action sur l'élément musculaire. 61
Action sur l'élément nerveux. 62
Action sur la circulation abdomino-pelvienne . . . 63
Action sur l'élément glandulaire 64
Action sur le rétablissement de l'équilibre intra-abdominal. 65
Chapitre II. — De l'emploi du massage dans certains cas particuliers 68
Neurasthénie et entéroptose 68
Constipation chronique 71
Maladies de l'estomac. 72
Observations. 74
Observation I. — *Neurasthénie et entéroptose* . . 74
Observation II. — *Gastrite hypopeptique* 76
Observation III. — *Gastrite hypopeptique.* . . . 79
Observation IV. — *Hyperpepsie chloro-organique* . 82
Observation V. — *Hyperpepsie chloro-organique* . 85
Observation VI. — *Atonie gastro-intestinale. Neurasthénie.* 87
Observation VII. — *Neurasthénie avec constipation.* 91

Observation VIII. — *Constipation chronique.* . . . 93

Conclusions 95

Bibliographie 97

ERRATA

Pages 21 et 36. Cf. Planche n° VI. Voir planche intercalée dans le texte page 36.

Page 70, ligne 13 lire « certainement » au lieu de « certainenement. »

Imprimerie de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris